

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra psychologie**



**Diplomová práce**

**Syndrom vyhoření**

**Bc. Mgr. Vlasta Kašparová**

© 2015 ČZU v Praze

# ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra psychologie

Provozně ekonomická fakulta

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Mgr. Vlasta Mikšová

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Syndrom vyhoření

Název anglicky

Burnout syndrome

---

### Cíle práce

Cílem DP je zaměřit se na problematiku rizikových faktorů syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Práce je rozdělena na dvě hlavní části (teoretickou a empirickou). Teoretická část je věnována komplexním informacím o syndromu vyhoření (definice, příznaky, fáze, rizikové faktory, projevy a vznik syndromu vyhoření, možnosti diagnostiky, léčby a prevence). Empirická část jejíž náplní je analýza výsledků zjištěných z kvantitativního výzkumného šetření pomocí dotazníkové metody. Cíleně se zaměřuje na míru zasažení syndromem vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků v Krajské zdravotní, a.s.

### Metodika

Teoretická část práce bude realizována na základě studia odborné literatury, empirická část práce bude uskutečněna metodou dotazníkového šetření. Důvodem volby této metody bylo získání dostatečného množství odpovědí v relativně krátké době. V dotazníku použiji otevřené i uzavřené otázky a možnost individuálního vyjádření respondentů k dané problematice. Další neméně důležitou výhodou byla i anonymita respondentů. Dotazníkové šetření bude probíhat v 5 nemocnicích Krajské zdravotní, a.s.

---

**Doporučený rozsah práce**

70 – 90 str.

**Klíčová slova**

syndrom vyhoření, stresory, prevence, intervence, nelékařský zdravotnický pracovník, rizikové a protektivní faktory,

---

**Doporučené zdroje informací**

BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry: 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. Syndrom vyhoření. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 1994, roč. 4, č. 3, s. 10-11.

KEBZA, V., a ŠOLCOVÁ, I. Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. Československá psychologie. Praha: Academia. ISSN 0009-062X. 1998, roč. 42, č. 5, s. 429-448.

KEBZA, V., a ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. Hořet, ale nevyhořet. 2., přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.

RUSH, M. D. Syndrom vyhoření. 1. Vydání Praha: Návrat domů 2003, 129 s. ISBN 80-7255-074-8

---

**Předběžný termín obhajoby**

2015/06 (červen)

**Vedoucí práce**

prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

---

Elektronicky schváleno dne 20. 10. 2014

**PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.**

Vedoucí katedry

---

Elektronicky schváleno dne 20. 10. 2014

**Ing. Martin Pelikán, Ph.D.**

Děkan

V Praze dne 24. 03. 2015

---

### Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Syndrom vyhoření" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 25.3.2015

---

## Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala prof. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc. za odborné vedení diplomové práce, za cenné rady a pomoc při zpracování.

# Syndrom vyhoření

---

## Burnout syndrome

### Souhrn

Diplomová práce je zaměřena na problematiku spojenou se vznikem syndromu vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu. V teoretické části je vysvětlen samotný pojem burnoutu, jsou zde uvedeny faktory podílející se na jeho vzniku a rozvoji, jako i prevence a léčba již přítomného syndromu vyhoření. Práce se zaměřuje na nejvíce postižené profese, u kterých se může vyskytovat nejen samotný syndrom vyhoření, ale i choroby s podobnými příznaky. Praktická část práce popisuje výsledky plošného výzkumu prováděného formou dotazníkového šetření vedoucího ke zjištění míry výskytu syndromu vyhoření na základě délky praxe, věku, hodnocení interpersonálních vztahů u respondentů. Celý výzkum probíhal anonymní formou.

**Klíčová slova:** burnout, druhy, intervence, prevence, protektivní faktory, protipóly, rizikové faktory, symptomy, syndrom vyhoření, stresory.

### Summary

This thesis is focused on problems associated with the emergence of burnout among paramedical staff. The theoretical part explains the very concept of burnout, there are the factors contributing to its formation and development, as well as prevention and treatment of pre-existing burnout. The work focuses on the most affected professions which can occur not only themselves burnout, but also diseases with similar symptoms. The practical part describes the results of research conducted by the printed form of a questionnaire to measure leading to burnout based on length of service, age, evaluation of interpersonal relationships among respondents. All research was conducted anonymously.

**Keywords:** Burnout, Intervention, Preventive, Protektive factors, Counterparts, Risk factors, Symptoms, Stressors.

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>1 SYNDROM VYHOŘENÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 Historie syndromu vyhoření .....	12
1.2 Definice a vymezení pojmu .....	14
1.3 Profese ohrožené syndromem vyhoření.....	17
1.4 Hlavní příznaky syndromu vyhoření .....	19
1.5 Příznaky syndromu vyhoření podle jednotlivých autorů.....	22
1.6 Rozlišné diagnózy s podobnými symptomy .....	27
1.6.1 Syndrom vyčerpání .....	27
1.6.2 Deprese .....	28
1.6.3 Alexithymie .....	29
1.6.4 Chronický únavový syndrom.....	29
1.7 Vývoj a průběh syndromu vyhoření .....	30
1.7.1 Fáze vyhoření dle jednotlivých autorů.....	31
1.8 Druhy a protipóly vyhoření.....	34
1.9 Faktory podílející se na vzniku burnoutu .....	35
1.9.1 Zátěž a přetížení.....	35
1.9.2 Frustrace.....	36
1.9.3 Negativní vztahy mezi lidmi.....	36
1.9.4 Nevyhovující pracovní podmínky a špatná organizace práce .....	36
1.9.5 Nadměrná emocionální zátěž.....	37
1.9.6 Osobnost a vyhoření .....	37
1.10 Rizikové a protektivní faktory .....	38
1.10.1 Rizikové faktory .....	39
1.10.2 Protektivní faktory .....	40
1.10.3 Neutrální faktory.....	40
1.11 Diagnostika syndromu vyhoření.....	41
1.11.1 MBI – Maslach Burnout Inventory.....	41
1.11.2 BM – Burnout Measure .....	42
1.11.3 Inventář projevů syndromu vyhoření.....	43
1.11.4 Škála životnej zmyslupnosti .....	43

1.12	Prevence a intervence syndromu vyhoření .....	44
1.12.1	Prevence a intervence ze strany zaměstnance.....	45
1.12.2	Prevence a intervence ze strany organizace.....	46
1.13	Terapie burnoutu.....	49
<b>2</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>54</b>
2.1	Cíle výzkumu a pracovní hypotézy .....	54
2.2	Metodika výzkumu .....	55
2.3	Organizace výzkumu .....	56
2.4	Popis vzorku respondentů a vyhodnocení dotazníkového šetření .....	56
2.5	Výsledky výzkumu .....	63
2.6	Vyhodnocení přítomnosti syndromu vyhoření u respondentů.....	70
2.4	Ověření hypotéz.....	77
2.5	Diskuze .....	83
2.6	Preventivní opatření pro praxi .....	85
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>89</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>94</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>95</b>



## ÚVOD

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na problematiku výskytu syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Proč je právě syndrom vyhoření neboli burnout nejčastěji skloňovaným spojením v tomto zaměstnání? O syndromu vyhoření bylo napsáno mnoho odborných článků a i odborné literatury, která jej popisuje. Spousta lidí ví, co tento syndrom teoreticky znamená a co je jeho hlavní příčinou vzniku, ale již mnohem méně lidí je seznámeno s tím, jaká opatření vedou k prevenci a zamezení rozvoje burnoutu. Problematika syndromu vyhoření úzce souvisí se všemi možnými aspekty, které se denně objevují kolem nás a ovlivňují naše chování a psychické rozpoložení, mezi které patří i stres, který se v posledních letech stal velmi používaným slovem mezi lidmi. Zesilující tendence o něm mluvit vyvolávají situace, v nichž ten, kdo neprožívá stres nebo o něm nemluví je „divný“.

Podle mého názoru má každý z nás, alespoň minimální podvědomí o prevenci stresu a pracovníci pomáhajících profesí by dokonce měli znát informace o prevenci stresových situací, jež se mnohdy mohou nepatrnými krůčky dostat do stavu vyhoření. Potřebná relaxace, dostatek spánku, věnování se vlastním zájmům a udělání si času sám pro sebe jsou základními prevenčními předpoklady pro rozvoj stresu, ale málokdo tyto poznatky uplatňuje v praktickém každodenním životě. Důvodem bývá pracovní vytížení, péče o rodinu a pacienty a postupná nechuť dělat něco navíc.

Pokud se o zdravotnickém personálu zmíníme jako o vyhořelém, většinu z nás napadne představa člověka bez výrazu, ustaraného, neodpočínutého, který je i na venek poznamenán svými starostmi. Pro takového člověka je pracovní náplň v zaměstnání jakousi rutinou potřebnou pro získání finančního ohodnocení a jakákoliv práce vykonaná navíc se objevuje v ztracení jen při prvotních myšlenkách stejně jako zmínka o zvýšení si kvalifikace nebo účasti na odborném semináři.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, kde je první část zaměřena zejména na teoretické vysvětlení syndromu vyhoření, jeho historii, definice, názory jednotlivých odborníků věnující se burnoutu, faktorů podílejících se na jeho vzniku či chorob, které mají podobné příznaky, ale ve skutečnosti se mnohdy liší. Nesmíme zapomenout ani na prevenci syndromu vyhoření a jeho léčbě.

Druhá část práce se zaměřuje na poznatky získané z dotazníkového šetření. Má za úkol seznámit s výsledky plošného výzkumu, kterého se zúčastnili zdravotní pracovníci chirurgických oddělení pěti nemocnic spadajících pod záštitu Krajské zdravotní a.s. Ke zjištění potřebných informací byl použit dotazník, který je v dnešní době často využíván právě pro výskyt syndromu vyhoření od autorů C. Henninga a G. Kellera. Dotazník se skládá z anamnestické části a části vedoucí ke zjištění míry přítomnosti příznaků syndromu vyhoření u respondentů. V empirické části jsou rovněž uvedeny podrobné výsledky tohoto výzkumu spolu s grafickým znázorněním.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření nebo také syndrom vyhasnutí, vyhaslosti, vyprahlosti byl poprvé popsán Herbertem J. Freudenbergerem v roce 1974 v časopise *Journal of Social Issues* (Baštecká, 2003), kde se díky jeho prvopočátečnímu popisu této nemoci strhl obrovský zájem o její zkoumání a dokonalé popsání. Řada psychologů se snažila nemoc vystihnout co nejdokonaleji, nastínit všechny možné příznaky jejího projevu včetně možnosti léčby a prevence. Není proto divu, že se v dnešní době již setkáme s nespočetnou sbírkou psychologických publikací, příruček a článků, kde je syndrom vyhoření neboli „burn out“ popisován.

Termín vyhoření není ve zdravotnickém sektoru neznámým pojmem, ba naopak, je naprosto nemožné nevšimnout si stále více nervózního a přetíženého okolí, ve kterém se nelékařský zdravotnický personál pohybuje a každodenně mu čelí. Především stres, často se vyskytující problémy v zaměstnání a následné neshody v rodině vedou k nejčastějším příčinám vzniku syndromu vyhoření. Příznaky „vyhoření“ můžeme pozorovat nejen u lidí zaměstnaných ve zdravotnictví či sociální sféře (pečovatelé, pomocný zdravotnický personál), ale i u jakékoli pracovní profese zaměřující se na situace způsobující stres či emotivní vypjetí (učitelé, vychovatelé, poradci, rodiče starající se o postižené dítě, samoživitelky, atd.).

V současné době se jedná o aktuální problém zdravotnictví, neboť samotný syndrom vyhoření, který ovlivňuje postoje člověka k dané věci, jeho negativní přístup a psychiku, se rovněž podílí i na jeho kvalitě života a velice často je svými příznaky charakteristický jako mnohá duševní onemocnění a poruchy, se kterými se můžeme u lidí postižených touto nemocí setkat.

## 1.1 Historie syndromu vyhoření

Termín vyhoření neboli burnout je nejspíš stejně starý jako sama lidská práce. První znaky o fyzickém a psychickém vyčerpání můžeme najít už v Bibli, kde jsou popisovány jednotlivé příběhy o ztrátě životní energie a nadšení a ztráty přesvědčení z vykonané práce. Stejně tomu bylo i ve starém Řecku odkud pochází pověst o korintském

králi Sysifovi, který se snažil přelstít samu Smrt svou vychytralostí a byl za to náležitě potrestán. Na základě jeho konání mu byl zadán úkol, který musel plnit stále dokola. V dnešní době je *Sysifovská práce*, označení pro jeho konání, již ustáleným spojením a rčením, které vyjadřuje symbol nesmyslné, bezvýhodné a otupující práce, jež nemá žádný účinek a její opakování jen prohlubuje bezmocnost a bezvýznamnost jejího vytváření.

Původní termín dnes označující syndrom vyhoření v prvopočátku sloužil spíše jako označení pro stádium lidí závislých na alkoholu, kteří propadli výhradně alkoholovému opojení a o všechny ostatní věci v jejich životě ztratili zájem. Později se tento termín přesunul jako označení nejen pro alkoholiky, ale i toxikomany, jež svůj zájem soustřeďovali pouze a výhradně na získání potřebné omamné látky bez ohledu na své okolí a dosavadní život, který žili. Stejně jako u krále Sysifa se objevili v začarovaném kruhu, neboť jejich snažení bylo jen krátkodobého charakteru a postupem času si sami uvědomovali bezradnost a bezmocnost, neboť pokaždé se ocitli opět na začátku bez jakéhokoliv viditelného cíle (Křivohlavý, 1998).

Po několika letech se termín burnout vžil jako označení i pro lidi, kteří byli opojeni svou prací natolik, že veškerým smyslem jejich života byla pouze práce a snaha dosáhnout mnohdy až nespelnitelných cílů. Postupné objevení se těžkostí a překážek v pracovním nasazení, neúspěch a oceňování jiných lidí vedlo lidi postižené tímto pracovním syndromem k depresím, únavě, celkové vyčerpanosti a osamění, jelikož vše co znali a čím se obklopovali, byla jen práce.

První oficiální popis ovšem pochází od amerického psychoanalytika německého původu Herberta J. Freudenbergera, který svůj život zasvětil psychologickému zkoumání a objevování psychologických jevů vyskytujících se u různých druhů lidského odvětví. Své poznatky týkající se syndromu vyhoření získal především díky svému pozorování při práci s dobrovolníky pomocných profesí pracující stejně jako on v zařízeních zaměřujících se na paliativní péči. Díky neustálé spolupráci s dobrovolníky mohl dokonale popsat příznaky tohoto syndromu, jeho projevy, průběh a zejména i možnosti prevence, které pak souhrnně s Geraldine Richelson zaznamenal ve své publikaci z roku 1980, *Burn Out: The High Cost of High Achievement*.

V roce 1998 vydal Státní zdravotní ústav první příručku zaměřující se na syndrom vyhoření a jeho podrobný popis sloužící nejen odborné společnosti, ale i široké veřejnosti. Jeho hlavním cílem bylo seznámit společnost s tímto stále častěji se vyskytujícím

problémem, jenž byl později klasifikován jako onemocnění. Příručka se snažila „...*spíše seznámit veřejnost přístupnou formou s podstatou vzniku a rozvoje syndromu vyhoření, jeho hlavními příznaky a možnostmi správné diagnózy, léčby a prevence.*“ (Kebza V., Šolcová I., 2003).

I přes to, že se syndrom vyhoření stal pro mnohé psychology výzvou k objevení a získání co největšího počtu informací o této nemoci, až do konce dvacátého století se mnozí snažili na tento jev koukat pouze jako na konečný stav, který se objeví na základě předchozích problémů vyskytujících se v zaměstnání či v rodině, ale až podrobnější zkoumání a pozorování dokázalo, že je potřeba se na člověka trpícího syndromem vyhoření dívat jako na celek a zkoumat jej na základě celostního přístupu včetně jeho aktuálního postavení na žebříčku mezi nemocí a zdravím. Tento přístup by měl zahrnovat nejen subjektivní pohled, ale zejména i pohled objektivní a atributy zdraví a psychické vyrovnanosti, duševní hygieny atd.

Dnes již existuje mnoho publikací, naučných příruček, pracovních nařízení, které by měli zdravotní stav každého z nás jakýmsi způsobem před syndromem vyhoření chránit, ale skutečnost je stále trochu jiná, když každým rokem roste procento těch, u kterých byl právě burnout prokázán. Na jeho četnosti výskytu se podepisuje i fakt, že v USA je již syndrom vyhoření považován, jako nemoc z povolání nejvíce se vyskytují v odvětvích, kde člověk přichází do každodenního styku s lidmi či k náplni jeho obživy patří právě komunikace.

## **1.2 Definice a vymezení pojmu**

Publikací zaměřujících se na problematiku syndromu vyhoření máme nespočet, stále se rozšiřují o mnohé články, seminární, bakalářské a diplomové práce studující tento jev, ale pokud bychom se měli zaměřit na jednoznačnou definici, nikdy nenalezneme přesně danou a vymezenou charakteristiku syndromu vyhoření, neboť každý autor má své vlastní pojetí tohoto syndromu ovlivňujícího lidskou psychiku a jeho pohled na danou věc se mnohdy liší jen v maličkostech, ale přesné vymezení jednotné pro všechny publikace prozatím není k dispozici, protože autoři píšící o burnoutu říkají, že:

- „... oficiálně tento stav není nazýván nemocí. Jedná se o stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a psychosomatických obtíží.“ (Kallwass, 2007, str. 9);
- „Burnout je stavem totálního odcizení a to jak v práci, tak druhým lidem i sama sobě.“ (Alexandrová in Křivohlavý, 1998, str. 47);
- „Burnout je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy). Je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci,“ (Freudenberger in Křivohlavý, 1998, str. 47);
- „Burnout je reakcí na práci, která člověka mimořádně zatěžuje. Je situací totálního (úplného) vyčerpání sil. Je pocitem člověka, který došel k závěru, že již nemůže jít dále, stav, kdy člověk ztratil naději, že se ještě něco může změnit. Burnout je výsledek procesu, v němž lidé velmi intenzivně zaujatí určitým úkolem (ideou) ztrácejí své nadšení“ (Cherniss in Křivohlavý, 1998, str. 49);
- „Burnout je proces, při němž dochází k vyčerpání fyzických a duševních zdrojů (energií), k vyplenění celého nitra, k utahání se tím, že se člověk nadměrně intenzivně snaží dosáhnout určitých subjektivně stanovaných nerealistických očekávání nebo že se snaží uspokojit takováto nerealistická očekávání, která mu někdo stanoví.“ (Edelwich a Richelson in Křivohlavý, 1998, str. 49).

Jak jsme se mohli výše přesvědčit, neexistuje přesná definice syndromu vyhoření, ale jejich podob je nespočet. Výše jsme se setkali jen s několika základními charakteristikami. Při jejich podrobnějším zkoumání ovšem můžeme jednoznačně klasifikovat, že většina definic snažících se detailně popsat syndrom vyhoření, má několik společných bodů, o které se opírá a které popisuje (Kebza V., Šolcová I., 2003):

- jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání,
- vyskytuje se zvláště u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“,
- tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální,

- klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausace, kognitivní vyčerpání a „opotřebením“ a často i celková únava,
- všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.

Nejpodstatnějším znakem syndromu vyhoření je posledně zmiňovaný chronický stres dostavující se jako reakce na vyčerpání, zklamání, pasivitu a vycházející z pracovní činnosti, jenž může být doprovázena mnoho dalšími faktory, jako je zátěž z osobního života, sociálního a fyzického okolí atd. V dnešní době je profese charakteristická svými vysokými nároky na výkon, bez jakékoliv možnosti delší úlevy a se závažnými následky v případě sebemenšího omylu. Výkon v takové práci bývá většinou spojen s velkou odpovědností a nasazením, někdy s vyvoláním pocitu „poslání“ profese. Vyhoření se tak stává důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, mezi ideály a skutečností.

Člověk jako celek má spoustu potřeb na úrovni tělesné, psychické a spirituální a tyto jednoty se navzájem prolínají. Pokud dojde ke stavu, kdy je některá z potřeb opomíjena nebo pro změnu na druhé straně přetěžována, vždy se projeví nejen na chování, ale i na zdravotním stavu. V podstatě se dá říci, že člověk je klasifikován svými projevy, jež jsou podmíněným plněním jeho potřeb potřebných ke správnému jednání a fungování psychické vyrovnanosti. Jednotlivé potřeby se dají znázornit představou domu, jehož základ tvoří nejdůležitější, život podmiňující, anomální potřeby jako jsou dýchání, jídlo, pití, spánek, odpočinek, termoregulace, vylučování, pohyb a rozmnožování. Pokud chceme, aby náš dům stál na pevných základech, je nutné rozvíjet i potřeby jako jsou pocit jistoty a bezpečí, poznávání a učení, seberealizace, budování sociálních jistot, láska a přátelství, potřeba stýkat se s jinými lidmi, soudržnost, úcta k sobě i druhým, autonomie a osobní svoboda, víra v hodnoty nastavené či vlastním postojem a názorem stanovené.

Potřeb, které každý člověk má je mnohem více a nedají se generalizovat, některé jsou méně individuální a jejich důležitost je ovlivněna mnoha faktory (genetikou, výchovou, inteligencí, emocionalitou a věkem). Harmonické plnění lidských potřeb nám vytváří plnohodnotný život a dávám nám odpověď na otázku smyslu života.

V lidském životě je plnění jednotlivých potřeb vymezeno dvěma základními pojmy:

- *saturace* – naplněné potřeby
- *frustrace* – nenaplněné, z nějakého důvodu opomíjené potřeby.



Dlouhodobá frustrace v některých oblastech potřeb tak způsobuje disharmonii, později stres, depresi a poruchy zdraví, jež postupně zasahují celou osobnost člověka. Dlouhodobým projevem frustrace je i syndrom vyhoření, kdy se snažíme potřeby, jež oddalujeme a odstrkáváme do pozadí, kompenzovat něčím o čem si myslíme, že je náplní našeho života. Pak ovšem stačí jen malé zakolísání, neúspěch a náš psychický stav se ocitá na pokraji ztráty smyslu našeho bytí a neustále se opakující snahy dokázat nejen sobě, ale i svému okolí, že na danou práci stačíme a dokážeme ji dělat s plným nasazením, což v mnohých případech končí naprostým vyčerpáním a chronickým stresem, ze kterého neumíme vystoupit a dostat se zpátky do jakési rovnováhy bez cizí pomoci či změny zaměstnání.

Syndrom vyhoření by se dal označit jako prolongovaná reakce na chronické stresory v zaměstnání. Jedná se o stav vyčerpání, který ovlivňuje kognitivní procesy, motivaci i emoce a tak zasahuje postoje i výkonnost a následně vzorce profesionálního chování. Na začátku výzkumů syndromů vyhoření převažoval názor, že nejvíce jsou ohroženi lidé, jejichž náplní práce je jakákoliv forma péče o druhé, což je stále platné, avšak stejně podstatný faktor je požadavek na trvalý, vysoký a bezchybný výkon (Kebza V., Šolcová I., 2003).

### **1.3 Profese ohrožené syndromem vyhoření**

Jak již bylo uvedeno v předcházející kapitole, nejčastěji se syndrom vyhoření týká osob pracujících v bezprostředním a každodenním kontaktu s lidmi (zdravotnických pracovníků). Ne vždy to, ale musejí být právě tyto profese, neboť se mnohdy setkáme s burnoutem i u jedinců, kteří se nasloucháním druhého vcítí do jeho vlastních pocitů a nálad a nebyli dále schopni toto břemeno nést. Nejvíce se se syndromem vyhoření můžeme setkat u těchto profesí (Kebza V., Šolcová I., 2003):

- lékaři – z lékařských oblastí jsou to především specialisté onkologie, chirurgie, LDN, psychiatrie, rizikové obory pediatrie, gynekologie a JIP),
- zdravotní sestry,
- ostatní zdravotničtí pracovníci – laborantky, technici, ošetřovatelky, zdravotní asistenti),

- dispečeri a dispečerky (záchranné služby, policie, hasičů, dopravy),
- psychologové a psychoterapeuti,
- policisté, kriminalisté a členové specializovaných jednotek,
- příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo),
- sociální pracovníci a pracovníci ve všech podobných oborech,
- pracovníci vězeňských zařízení a zařízeních pro mladistvé,
- politici, manažeři, poradci, informátoři,
- úředníci v bankovních institucích a jedinci pracující za přepážkou,
- duchovní a řádové sestry,
- výjimečně se může objevit i u nezaměstnaných osob, které se náhle ocitnou v situaci, kdy jsou bezprostředně odkázáni na druhého (finančně, motivačně, psychicky, atd.).

V poslední době se setkáváme stále častěji s pocitem, že se v jednotlivých pracovních odvětvích zvyšují požadavky na vykonávanou práci a tím velice rychle narůstá procento lidí, jež se snaží se těmito podmínkám přizpůsobit a tím omezit ostatní aktivity vedoucí k rovnováze našeho nitra. Pokud bychom se zamysleli, proč jsou nejvíce ohroženou skupinou především pracovníci přicházející denně do kontaktu s lidmi, mohli bychom dospět k jednoduchému závěru. Podívejme se např. na práci zdravotnického personálu, ať už je to lékař, zdravotní sestra či ošetřující asistent. Může si někdo z nich během své pracovní doby dovolit být sebemenší chybičkou? Odpověď je jednoduchá a všichni si ji velmi dobře uvědomujeme. Stres a napětí, jež se pohybuje všude kolem nás je zapříčiněn zejména danou profesí, pro kterou jsme se rozhodli. Není proto zvláštní, že burnout se nejvíce objevuje zejména u těch, kteří svou prací ovlivňují bytí těch druhých.

Chronický stres je dalším aspektem, který se hojně podílí na vzniku syndromu vyhoření u jedince. Bylo zjištěno, že akutní stres je jen určitou formou náhlého psychického rozpoložení, který je ovšem v krátkém časovém intervalu opět situován do standardního módu a tím pádem vyprchává, nepřetrvává a postižený se s ním velmi dobře vyrovnává. U chronického stresu ovšem není tak jednoduché prvky, jež ho způsobují, ovlivnit. V dnešní uspěchané a profesně přehlčené době se setkáváme s nárůstem nekompromisně vyžadující požadavků, jako jsou neklesající výkon, co nejmenší

odpočinkové pauzy, které způsobují odklonění se od aktuálního pracovního poslání, naprostá absence omylnosti a chybovosti.

Právě tyto požadavky dnešní doby zapříčinili fakt, že burnout se nevyskytuje jen u zdravotnických profesí, ale můžeme na něj narazit téměř všude, kde vysoké pracovní podmínky jsou na denní bázi. Postupně se člověk dostane do prolongujícího stavu, v němž neadekvátně reaguje na chronické interpersonální stresory (zejména v zaměstnání) na základě nízkého pracovního podílu (zklamání z vykonané práce, pocit zbytečnosti, snížení vkládaného úsilí do přiděleného úkolu).

Jedinec se v tomto stádiu dostane do fáze, kdy jeho empatie se ubírá spíše negativním směrem a jeho nadšení pro práci se postupně vytrácí a vyprchává. Profese se stává spíše rutinou pro zajištění sociálních potřeb bez ohledu na uspokojení vlastní emotivních potřeb a dochází k přesvědčení pracovního zklamání a neúspěchu.

## 1.4 Hlavní příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření má stejně jako mnoho popsaných definic i mnoho příznaků, kterým se projevuje a které jsou v různých publikacích popisovány a děleny jinak. Jednotlivé příznaky ovšem ve všech studiích zasahují do celé osobnosti člověka, a i proto, že se většinou vážou především na pracovní proces, jde o celkové narušení vlastních představ o seberealizaci, schopnosti vykonávat určité povolání a nalézt opravdový smysl vykonávané práce. Tyto příznaky ze všech oblastí lidského bytí se postupně projevují nejen na chování jedince, jeho vztazích s okolím, ale později i na pracovních výkonech a celkovém zdravotním stavu.

Syndrom vyhoření působí na několik základních skupin lidského bytí, které v následku svého působení ovlivňuje (Kebza V., Šolcová I., 2003):

- 1. Chování** – s postupným objevováním burnoutu se u jedinců můžeme setkat s příznaky vyskytujícími se v jejich chování, které většinou jsou prvními výstražnými atributy tohoto onemocnění:
  - sklíčenosti a uzavřenosti,
  - negativismem, kdy vše je vidíme v černých barvách, a nic se nám nedaří,

- neochotou a lhostejností (snažíme se účelně vyhýbat druhým),
- vztekem
- lhaní a drobné podvody
- nesnášenlivostí (dostaneme se do fáze, kdy vším a všemi pohrdáme).

**2. Vztahy** – stejně jako chování jsou i vztahy k jednotlivcům i okolí silně ovlivněny a utlumovány, neboť podstatou našeho prvotního zájmu je jen naše práce a vše co se děje kolem nás nemá takovou váhu. Hlavními oblastmi, kde se negativní vliv syndromu vyhoření objeví je:

- omezení kontaktů s kolegy a kamarády,
- vyhýbání se klientům – neprofesionální přístup, kdy se snažíme nekomunikací s nimi zabránit ještě většímu nárůstu práce, než je po nás nyní požadovaná,
- neangažovanost, mechanické vykonávání práce,
- spory ve společenském, osobním i pracovním prostředí,
- otevřená nenávisť k daným lidem či nadřízeným,
- snaha o vykonání pomsty či naschválů.

**3. Pracovní výkon** – bývá nejčastější složkou našeho výkonu, která je nejvíce ovlivněna, neboť právě v práci ztrácíme největší jistotu správně odvedené činnosti a návštěva zaměstnání se pro nás stává spíše nutnou a nezbytnou povinností než radostí a způsobuje:

- nechuť k práci, chaotické plnění úkolů, nesoustředěnost,
- zvyšuje počet vykonaných chyb,
- chaotický, zpomalený či zrychlený rytmus práce,
- nižší produktivitu – ztrácíme nadšení z námi vykonané práce,
- vyhýbání se některým uděleným úkolům
- neschopnost organizovat vlastní či přidělenou práci,
- snížení odpovědnosti.

**4. Zdraví** – poslední nejčastěji ovlivněnou složkou je právě zdraví, kde se můžeme setkat v nejhorších případech dopadu syndromu vyhoření i s psychickými reakcemi

na celkový postoj, který v dané situaci zaujímáme. Nejpostiženější bývají oblasti týkající se:

- psychické nestability,
- neschopnosti jakékoliv fantazie či reálného vnímání, dostáváme se až do stavu fobie z dané věci, úkolů a zaměstnání,
- ztrácíme sebedůvěru a pocit uznání vlastní osoby,
- jsme vyčerpaní a doprovází nás neustálá únava,
- nemáme chuť k jídlu anebo se naopak neskutečně přejídáme s pocitem, že stres, který je na nás vyvíjen ovlivníme množstvím přijatých potravin,
- špatně usínáme a máme nekvalitní spánek,
- potýkáme se s častými bolestmi hlavy a svalovým vypětím,
- máme větší náchylnost k banálním onemocněním,
- dostáváme se do stavu naprosté deprese, kdy pomýšlíme i na vlastní smrt.

Jak je vidět, syndrom vyhoření není jednoduchá záležitost, která stejně jako přijde i odejde, ba naopak, s jejím příchodem se potýkáme s celou řadou příznaků v rovině duševní, fyzické i somatické. Jde o dlouhodobý proces, jenž se rozvíjí a s narůstajícím časem sílí. Některé jeho projevy ovšem mohou být naprosto totožné i s přechodným stresem, zvýšenou únavou a obtížemi jiného druhu. Co je ovšem nejtypičtějším znakem burnoutu, je fakt, že se váže na určité prostředí a výkon práce, který je na nás vyvíjen například v zaměstnání a mnohdy jeho nejrychlejším východiskem k odstranění je právě samotná změna pracovní náplně či pozice.

Syndrom vyhoření může mít za následek i negativní odraz v osobním životě. Někdy přetrvává pouze určitou dobu, kdy setrváváme v zaměstnání, které nám toto onemocnění způsobilo, ale mnohdy se setkáváme i se stavem, kdy náš osobní život ovlivňuje i určitou dobu po odchodu ze zaměstnání (většinou se projevuje negativními sny a představami o nové či staré práci). V prvotní fázi tyto problémy přestávají s odchodem ze zaměstnání, kdy nám skončí pracovní doba, a my se odebereme domu, později jsou však ukončeny až se změnou práce a rozvázáním pracovního poměru. Pokud se příznaky syndromu vyhoření podchytí včas, je možné upravit podmínky práce a její vykonávání tak, že k jejímu zlepšení může dojít i bez ztráty zaměstnání, jelikož i tento fakt je dalším kritickým kritériem, který člověk postižený burnoutem velice často řeší.

## 1.5 Příznaky syndromu vyhoření podle jednotlivých autorů

Podobně jako existuje mnoho definic syndromu vyhoření, setkáváme se i s řadou rozdělení jednotlivých příznaků tohoto onemocnění. Další rozdělení nám popisuje Stock, kdy za základní nejvýraznější a nejtypičtější příznaky považuje vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti (Stock, 2010).

*Vyčerpání* se u syndromu vyhoření projevuje zejména v emoční a fyzické sféře. V emoční sféře zahrnuje především pocity sklíčenosti, bezmoci, apatie, beznaděje, které mohou být v mnohých případech doprovázeny ztrátou sebeovládání (formou nekontrolovatelného výbuchu vzteku, hněvu či pláče). Může se dostavovat i pocit naprosté prázdnoty a osamocení, apatie a ztráty odvahy cokoliv říci. Samotné fyzické vyčerpání se projevuje nedostatkem energie, chronickou únavou a celkovou slabostí, kterou zprvu pocítujeme jen my sami na sobě, ale později si tohoto faktu všimá i naše okolí. Časté bývá i svalové napětí, bolesti zad, svalů a kloubů a vyšší náchylnost k infekčnímu onemocnění.

Stejně jako tomu bývá i u stavů akutního stresu, tak i při syndromu vyhoření se potýkáme s poruchami spánku nebo různými funkčními poruchami, které jsou spíše kardiovaskulárního a gastroenterálního charakteru. Objevují se problémy narušující paměť a soustředěnost, které ovlivňují a ohrožují naše životy zejména v oblasti týkající se dopravních nehod, jelikož jsme zaměřeni jen na svůj problém a ztrácíme kontrolu nad tím, co děláme a co se děje kolem nás.

Člověk, který trpí syndromem vyhoření má lhostejný postoj nejen ke svému okolí, ale rovněž i k sobě samému. Touto skutečností můžeme mnohdy vysvětlit různé negativní jevy, které se vyskytují na pracovišti, jako je vnitřní osobní rezignace, pasivní chování pracovníků a nepříjemné pracovní klima. Jestliže se se začínajícím syndromem vyhoření nebo jeho pokročilejší fází setkáme u osoby, která za nedlouho jde do důchodu, zjistíme, že pasivita tohoto člověka, jeho nechuť pracovat bývá na denním pořádku i s faktory, které ovlivňují naše zákazníky, klienty, pacienty, neboť chování a přístup se odráží nejen na samotném způsobu jednání, ale i nepříjemnosti vůči okolí, podceňování jakéhokoliv nařízení, shazování ostatních kolegů a šíření negativní energie všude kolem sebe.

Špatnou náladu si pak z práce každý člověk přináší sebou domů a stává se tak podrážděnějším mnohem více než býval dříve a postupně upadá do stavu apatie a omezuje své kontakty s blízkým okolím, neboť má pocit, že vše co dělá je hned odsouzeno a

kritizováno a v konečném výsledku vlastně ani on sám nemá náladu a zájem o nic ve svém okolí.

**Odcizení** se u syndromu burnout projevuje negativním postojem k sobě samému i ostatním, ke své práci, zálibám a životu obecně. Člověka trápí neutichající stavy méněcennosti a postupná ztráta sebevědomí na sebe také nenechá dlouho čekat. Pokud ztratí jedinec víru v sám sebe a vlastní schopnosti, je jen malý krůček od chronického stresu, neboť se sám považuje za neschopného, nepotřebného a to se odráží i na jeho pracovním nasazení a poklesu výkonu, kdy žije v představě, že cokoliv co udělá je stejně zbytečné, jeho práce nebude oceněna a jeho úsilí je tak zbytečné, na vše potřebuje mnohem více času a energie než tomu bylo doposud. Dostává se tím do stavu naprosté laxnosti a apatie vůči všemu i sobě samému. Ztracená a vynaložená energie není nekonečná a člověk v takovém stavu nemá kde ji nabírat a dostávat se zpět do klidu vyrovnanosti a harmonie. Pokud k tomu ještě připočítáme osobní nároky, které si na sebe často klademe sami, uvědomíme, že v této situaci mohou být v rozporu s tím, co opravdu jsme schopni udělat a na co opravdu stačíme.

**Pokles výkonnosti** se kromě pocitů selhání a nízké pracovní produktivity projeví jako ztráta motivace k další činnosti, neschopnost se sám rozhodnout a stát za svým názorem. Pokud se dostaneme do stavu, kdy jsme již naprosto pohlceni depresí a nedůvěrou v sebe samu, měli bychom myslet na fakt, že v této chvíli se na nás většinou začne zaměřovat vedení společnosti, ve které pracujeme, a bude naše nároky na práci ještě zvyšovat, neboť doposud byl námi, jako člověkem postiženým syndromem vyhoření, podáván určitý standard a jen málokterý nadřízený povolí svému zaměstnanci z tohoto standardu slevit a tolerovat jej.

V. Kebza a I. Šolcová (2003) dělí příznaky syndromu vyhoření do tří oblastí, které jsou rozčleněny dle úrovní, v nichž se projevují. Jsou to oblasti psychické, fyzické a oblasti sociálních vztahů.

***Na psychické úrovni rozlišuje tyto příznaky:***

- dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná,
- výrazný je i celkový pocit především duševního vyčerpání, v duševní oblasti je pak prožíváno zejména emocionální vyčerpání a dále i vyčerpání v oblasti kognitivní

spolu s výrazným poklesem a ztrátou motivace. Únava je popisována spíše expresivně, což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality,

- oblast celkové aktivity dochází do stavu naprostého utlumení, ale zvláště utlumení spontaneity, kreativity, iniciativy a intervence se dostává do svého vrcholu,
- převažuje depresivní naladění, objevují se pocity smutku, frustrace, beznaděje a bezvýchodnosti, které je doprovázena tíživou marností nad vynaloženým úsilím a jeho smysluplností,
- objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti a bezcennosti, která mnohdy hraničí až s mikromanickými bludy a představami,
- vyskytují se projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, které jsou součástí profesionální práce s lidmi a jejich okolím (pacientům, klientům, zákazníkům a jejich rodinným příslušníkům),
- naprostá ztráta zájmu o témata týkající se profesního růstu jsou často negativně hodnoceny na úrovni instituce a i samotné profese, která je v ní doposud vykonávána,
- sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání,
- iritabilita, někdy i selektivní interpersonální senzitivita,
- pracovní činnost je redukována až na úroveň každodenních rutinních postupů, kdy dochází k využívání stereotypních frází a postupů, jež mnohdy mohou znít jako klišé.

***Na úrovni fyzické můžeme pozorovat tyto příznaky:***

- stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost,
- rychlá unavitelnost, která se dostavuje po krátkých etapách relativního zotavení a odpočinku,
- vegetativní obtíže projevující se bolestí u srdce, změnou srdeční frekvence, zažívacími problémy, dýchacími obtížemi a poruchami (nemožnost se dostatečně nadechnout, lapání po vzduchu, pocit dušení),
- bolesti hlavy, jež často nemají specifický důvod,
- poruchy krevního tlaku,
- poruchy spánku,
- bolesti ve svalech a celková svalová indispozice,



- přetrvávající celková tenze,
- zvýšené riziko závislosti na rizikových látkách, které nás povzbuzují a udržují v jakési pomyslné rovnováze, ačkoliv na naše okolí působí opačným způsobem,
- zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity.

*Na úrovni sociálních vztahů* rozpoznáváme rovněž mnoho faktorů, které ovlivňují a poukazují na syndrom vyhoření, patří mezi ně:

- celkový útlum sociability, nezáměr o hodnocení naší práce a našich aktivit ze strany druhých,
- výrazná snaha redukovat kontakty s klienty, pacienty i kolegy a všemi osobami, které mají jakýkoliv vztah k vykonávané profesi,
- nechť k vykonávané profesi a všemu co je s ní spojováno a souvisí s jejím rozvojem (plán či harmonogram práce, zpracování výsledků, návrhy nových či náhradních termínů),
- nízká empatie (většinou se nejvíce objevuje u osob, které se do této doby projevovaly vysokou mírou empatie vůči svému okolí a potřebám ostatních lidí),
- konkrétně operační styl myšlení,
- postupné narůstání konfliktů (zejména v oblastech nečinnosti a v důsledku nezájmu ve vztahu k okolí a profesi, nikoliv aktivně vyvolávané konflikty).

V posledních letech je velice častým zájmem zkoumání především sociálně – psychologická souvislost syndromu vyhoření, neboť se setkáváme se stavem, kdy v jedné instituci zaměřující se na dané odvětví je více lidí postižených tímto syndromem, než v jiné instituci zaměřující se na to samé. Syndrom vyhoření může působit jako pomyslné domino, do kterého když strčíme, začne sebou stahovat i nejdolnější jedince, postupně si začínáme všimnout veškerých nedostatků a maličkostí, které jsme až do doby, kdy jsme na ně byli upozorněni, přecházeli a nerozebírali. Jistota, o kterou se opíráme, a naše vlastní představa o nepostradatelnosti se náhle začne proměňovat v pravý opak a my se dostáváme do stavů počínajících depresí. Tento stav si nosíme sebou i domů, v první fázi se snažíme problémy a vyskytlé situace řešit se svým nejbližším okolím se snahou „vypovídat se“ z této skutečnosti, ale pokud nenalezneme porozumění, začínáme se uzavírat sami do sebe a

negativní prostředí vytváříme i ve svém okolí a především ztrácíme jistotu, že práce, kterou vykonáváme, nás opravdu naplňuje a je našim životním cílem.

Jako poslední rozdělení příznaků syndromu vyhoření bychom neměli opomenout jednoduché dělení dle Křivohlavého (2009), který tento proces lidské indispozice rozděluje na subjektivní a objektivní úroveň.

Mezi subjektivně pocíťované obtíže bychom mohli zahrnout únavu, pocit postradatelnosti, kdy má člověk pocit, že není pro svou profesi dostatečně kompetentní a tím se dostavuje i pocit snížení sebeúcty a vlastní sebehodnocení se dostává na nejnižší úroveň. Potíže se soustředěností jsou jen dalším doprovodným příznakem, který se vyskytuje u syndromu vyhoření, člověk se dostává do situací, kdy se nechá snadno vyprovokovat, je ve stresu a všechno co se děje kolem něho vidí jen v černých barvách a jeho postupný barevný svět má jen odstíny šedi.

Objektivní úroveň můžeme pozorovat i řadu měsíců, jelikož nepřichází náhle a s takovou rychlostí jako ostatní příznaky. Prvotním jevem je snížená výkonnost, které si nejprve všimnou kolegové a klienti, pacienti, zákazníci a především i nejbližší okolí, ve kterém se pohybujeme mimo pracovní prostředí (rodina, přátelé, příbuzní). (Křivohlavý, 2009).

Jednotlivé fáze syndromu vyhoření nejsou u všech jedinců stejné, některé jsou méně intenzivní a některé ba naopak narůstají mnohem rychleji a negativněji než bychom předpokládali a očekávali. Záleží vždy jen na tom, jaký člověk, kterého burnout postihl je a jaký je jeho charakter, vnitřní síla atd. Pokud se budeme snažit již v počátku nepodléhat veškerým jevům, které jsou s tímto syndromem spojené, máme velikou šanci na to, že se ani nedostaneme do té nejhorší fáze, kdy bude naše práce spíše naším vnitřním stresorem a nebezpečím pro náš zdravotní stav než příjemným a smysluplným naplněním našeho života.

U postižených se nevyskytuje vždy jen jeden symptom, který by syndrom charakterizoval, ale zároveň nemusí platit, že negativní symptomy naznačující právě vyhoření, musí tuto chorobu u jednotlivce potvrdit. Tyto tři skupiny prezentují A. Kallwass, Křivohlavý a Bartošíková. Křivohlavý (1998) toto členění označuje jako proces objevování se tří hlavních faktorů složky metody „Maslach Burnout Inventory“:

- **EE – emocionální vyčerpání (emotional exhaustion)** - „Jedná se o hlavní faktor fenoménu vyhoření.“ (Křivohlavý, 1998, str. 63). „Je nejnápadnější, postižený nevnímá lásku ani nenávist, radost ani žal.“ (Kallwass, 2007, str. 98) Výsledkem je pocit jedince, že už nemá, co víc by nabídnul. (Bartošíková, 2006).
- **DP – depersonalizace (depersonalization)** - odosobnění. „Druhý člověk přestává být postiženému člověkem v plném slova smyslu.“ (Křivohlavý, 1998, str. 63). „Propadá se do samoty, v osobním a rodinném životě nastává mlčení a pocit bezmoci.“ (Kallwass, 2007, str. 99).
- **PA – deminished rient c accomplishment** - „Jedná se o snížení pracovní výkonnosti neboli efektivity pracovní činnosti.“ (Křivohlavý, 1998, str. 63). Tato skupina symptomů souvisí s tím, že postižený jedinec nedosahuje stanovených cílů a díky tomu se u něj objeví pocit pracovního neúspěchu. (Bartošíková, 2006) Dle A. Kallwass (2007) je popisovaný stav následkem chronické přetíženosti, ale i chronické nenáročnosti a nevytíženosti. (str. 99).

## 1.6 Rozlišné diagnózy s podobnými symptomy

Jak jsme již uvedli výše, některé symptomy jsou velmi podobné mnohem známějším a diagnosticky prozkoumanějším chorobám či poruchám. Abychom mohli u jedince diagnostikovat syndrom vyhoření, měli bychom si shrnout alespoň několik nejzákladnějších chorob, jež jsou si se syndromem vyhoření podobné.

### 1.6.1 Syndrom vyčerpání

Příznaky syndromu vyčerpání jsou si velice podobné, ale neměli bychom zapomínat na fakt, že oba vznikají z jiné příčiny. Jak jsme již několikrát zmínili, tak syndrom vyhoření je úzce spjatý s pracovním prostředím a vazbou na zaměstnání, kdežto syndrom vyčerpání je způsobený jakoukoliv chronickou zátěží způsobující psychické i fyzické vyčerpání. Mohou to být nejen vleklé problémy ve vztahu či zaměstnání včetně „fenoménu prvních let“, kdy jedinec přichází s vlastním prvotním nadšením, které se pak na základě získaných zkušeností mění ve frustraci nebo rezignaci.

Hlavní odlišností od burnoutu je to, že člověk zná přesně podstatu svého vyčerpání a psychické či fyzické nerovnosti a je vnitřně srozuměn s tím, že by měl více odpočívat. Pokud by se našel někdo, kdo by mu s jeho prací byl ochoten pomoci, přijme jeho nabídku, kdežto člověk postižený syndromem vyhoření pomoc nepřijme, jelikož nechce svému okolí přiznat, že na daný úkol sám nestačí.

Jedinec není natolik vázán ke svému zaměstnání a svou únavu nechce nikterak skrývat, tím dochází ke změnám v jeho náladách, zvýšené agresi a cynismu. Pokud se u člověka trpícího syndromem vyčerpání objeví možnost změny práce, či pracovního nasazení, neváhá a k této změně se uchýlí, protože je přesvědčen, že jeho práce mu přináší jakousi sociální jistotu nikoliv možnost „spasit svět“.

Syndrom vyčerpanosti se projevuje především pasivní agresí, pozdními příchody do zaměstnání nebo příchody na poslední chvíli, vyhledáváním jakéhokoliv důvodu vedoucímu k pracovní neschopnosti. Mnohdy se tento stav ovšem přesouvá i do osobního života, kde se dostavuje pocit stálého zklamání a často dochází i k pocitu ztráty smyslu života (Vašina, 2011).

### **1.6.2 Deprese**

Deprese a syndrom vyhoření mají společné některé znaky týkající se psychologického rozpoložení jedince. Jedná se zejména o smutnou náladu, ztrátu motivace, pocit zmaru a ztrátu energie doprovázené pocitem bezcennosti. V pokročilém stádiu jsou tyto syndromy jen těžko rozpoznatelné. Je proto velice důležité prověřit podrobnou anamnézu postiženého a zjistit veškeré zátěžové faktory, které ke stavu vedly (Stock, 2010). U deprese mají symptomy vliv na veškeré aktivity člověka, ovšem u syndromu vyhoření mají tento dopad pouze na oblasti týkající se zaměstnání.

Dalším základním příznakem deprese je častá nespavost, předčasné probouzení se, u burnoutu spojeného s depresí se zpravidla jedná o problémy s usínáním (Kebza, Šolcová, 2003). Člověk s depresí má menší chuť k jídlu, zatímco člověk trpící syndromem vyhoření svoje stravovací návyky sice změní k horšímu, ale apetit mu nikterak neschází. Řada autorů považuje vyhoření za zvláštní formu deprese, přesto však mnohé nasvědčuje tomu, že syndrom vyhoření představuje daleko složitější problém (Stock, 2010).

### **1.6.3 Alexithymie**

Syndromu vyhoření se podobá zejména díky oploštění emocionality, otupělosti v sociálních vztazích a snížení iniciativy. Alexithymie má ovšem jeden hlavní rys, kterým se dá bezprostředně od burnoutu odlišit a to je, že člověk postižený touto chorobou, nemá dostatek slov, aby vyjádřil své pocity. Představuje jakýsi deficit ve schopnosti vyjadřovat vlastní emoce a identifikovat je, nedostatek fantazie a externě orientovaný kognitivní styl, který u lidí se syndromem vyhoření nenalezneme, jelikož oni své emoce redukují, ale potíže dokážou popisovat důkladně a přesně (Kebza, Šolcová, 2003).

V současné době ukazuje řada studií na významný vztah mezi alexithymií a psychosomatickými, ale i některými somatickými onemocněními. Předpokládá se, že tato choroba představuje jeden ze základních činitelů odpovědných za neuroendokrinní regulační poruchy, které mohou být významným faktorem v rozvoji psychosomatických onemocnění (Uher, Bob, Ptáček, 2010). Alexithymie je stálý rys osobnosti, kdežto syndrom vyhoření můžeme považovat pouze za dočasný stav.

### **1.6.4 Chronický únavový syndrom**

Chronický únavový syndrom neboli CFS (Chronic Fatigue Syndrom) má se syndromem vyhoření společné znaky týkající se vysoké únavy, snížené schopnosti soustředění se, poruchy kognitivních funkcí, somatické bolesti a v neposlední řadě i depresivní ladění. V CFS se ovšem setkáváme s dalšími příznaky, jež u burnoutu zcela chybí. Jsou jimi zvýšená teplota, citlivost lymfatických uzlin, různé otoky na různých částech těla a světlolachost (Kebza, Šolcová, 2003).

Podle nejrespektovanějších kritérií hodnocení únavového syndromu od Holmese a Fukudy je pro diagnostikování CFS nutné, aby celková únava trvala alespoň šest měsíců, nezmírnila se po odpočinku a také je nutné vyloučit všechny možné objektivní příčiny únavy (Bystron, 2006). U syndromu vyhoření únavu způsobuje prokazatelně vyčerpání, které po doplnění dostatečného odpočinku vymizí.

## 1.7 Vývoj a průběh syndromu vyhoření

Na počátku bylo zmíněno, že Freudenbergerova definice syndromu vyhoření vysvětluje tento stav jako konečné stádium celého procesu, kdy člověk zprvu emocionálně upjatý na danou skutečnost postupně ztrácí zájem se této věci věnovat a končí stavem naprostého demotivování a ztráty smyslu vlastního výkonu pro získání určeného, stanoveného cíle. Je to proces, který má dlouhodobější charakter a největší roli zde hraje schopnost jedince odolávat stresu a psychická vyrovnanost, která se z prvopočátečního nadšení, vysoké míry empatie a péče o druhé postupně mění na antipatii způsobenou příchodem prvního velkého problému, díky němuž je na nás kladen stále větší nárok. Zjišťujeme, že naše hodnoty se musí postupně omezovat, protože nám již nestačí síly na to, abychom zvládali přidělenou práci a udrželi si hodnotu péče o druhé. Toto stádium se projeví zejména na postupném ukončování a oddalování vlastních zálib, zájmů, volnočasových aktivit, které nám pomáhají se regenerovat a odpočinout si od zaměstnání na úkor vlastního pocitu, že nesmíme zklamat okolí a stále si musíme udržet pečovatelskou hodnotu na standardní úrovni. Postupně ovšem dochází i ke změně postoje k našemu okolí a těm, o něž se snažíme tolik pečovat. Dostavuje se pocit bezmocnosti a vlastního selhání, které má ovšem za následek schvalování hlavních příčin na jiné (přidělené klienty, pacienty, kolegy v zaměstnání). Člověk postižený burnoutem je stále více unavený, přestává stíhat své každodenní povinnosti v pracovní době a místo zaslouženého odpočinku začíná svůj problém řešit přesčas a v horším případě si svou práci nosí i domů, aby nepřiznal své selhání před kolegy.

Nespokojenost ze zaměstnání a stav postupného vyčerpání se přenáší z postiženého i na jeho okolí a rodinu, začínají vznikat konflikty a podrážděnost, vyčerpanost a nahromaděný stres se stále více kumuluje. Místo přiznání si, že se něco děje, postupně tento člověk přehazuje vinu z jedné strany na druhou, kdy v zaměstnání má pocit, že vše co se děje v soukromém životě jej vyčerpává a naopak doma jej unavuje a demotivuje práce.

I přes tento stav si ovšem člověk se syndromem vyhoření nikdy nepřizná, že zklamal a není v jeho silách tuto situaci vést v přetrvávajícím tempu další období. Dostane se do fáze, kdy je přesvědčený, že vše musí zvládnout, nepolevovat ve své práci a ještě více se navenek snažit prohloubit empatii vůči klientům, pacientům či kolegům, i když uvnitř jeho samotného převládá spíše zlost, nenávisť a postupná ignorace vůči všemu co se

kolem něho děje. Tato diskrepance je zničující a člověk je vyděšený sám ze sebe, protože si nedokáže vysvětlit, jak je možné, že zrovna on může takto smýšlet o druhých.

Pokud je syndrom vyhoření již v pokročilém stádiu, stává se postižený člověk pouhou „loutkou“ na oko dodržovaného dosavadního životního stylu, který slouží pouze k existenci jeho vlastního přežití. Konečná fáze burnoutu je nekritičtější, neboť se zde jedinec dostává do situace, kdy je na pokraji svých fyzických i psychických sil, je náchylný k běžným nemocem, trpí neustávajícími bolestmi hlavy či kloubů, trápí ho nespavost nebo děsivé sny a je jen malý krůček k vyhledání únikového řešení v podobě alkoholu či drog (Vašina, 2011).

Mnoho autorů popisuje jednotlivé fáze syndromu vyhoření či jeho stádia jinak. Je již stanoveno několik různých počtů jednotlivých fází vzniku a utváření syndromu. Nesmíme však opomenout fakt, že celý proces burnoutu se postupně vyvíjí a je tedy dynamický. Délka jeho vývoje se může pohybovat v řádech měsíců, ale i roků. Záleží vždy jen na tom, v jakém psychickém a fyzickém stavu je člověk postižený tímto syndromem.

Na obecné úrovni se hovoří o těchto fázích (Kebza V., Šolcová I., 2003):

- **iniciační** - prvotní nadšení postupně směřuje k „vystřízlivění“ a náhled na skutečnost se mění při zjištění, že požadované není plně realizovatelné;
- **první frustrace** – dochází ke zklamání a změně vnitřního postoje k celé situaci, lidé, s kterými je postižený v kontaktu, stejně jako profese, jež vykonává, jsou vnímány spíše negativně;
- **apatie** – objevuje se naprostá laxnost a hostilita ke všemu co souvisí se zaměstnáním a vykonávanou profesní činností;
- **úplné vyhoření** – stav naprostého vyčerpání provázaného ztrátou lidskosti, apatií a odosobněním.

### 1.7.1 Fáze vyhoření dle jednotlivých autorů

Stejně jako Křivohlavý, tak i Kalwass (2007) ve své publikaci rozděluje fáze syndromu vyhoření do tří základních skupin:

- 1) **prohlubující se vyčerpání** – hlavním příznakem tohoto stádia je ztráta tělesné energie a celkové výkonnosti,

- 2) ***z necitlivění či zhostejnění*** – prožívání radosti či smutku již není tak intenzivní, neboť si jedinec v této fázi připadá emocionálně vyprahlý. Spánek a odpočinek nepřináší žádnou úlevu, sexualita ustupuje do pozadí,
- 3) ***stahování do ústraní*** – komplexní sociální izolace od okolního světa, snížení pracovní výkonnosti, která má za následek i snížení kvality poskytované péče.

Jedním ze základních přístupů stanovení jednotlivých fází syndromu vyhoření a nejčastěji používanou klasifikací jsou úrovně autorky zabývající se touto problematikou již řadu let Christiny Maslachové, která k diagnóze této poruchy popisuje čtyřfázový model prezentující burnout jako fáze (Kebza V., Šolcová I., 2003):

- 1) ***idealistického nadšení a přetěžování*** – vysoká míra angažovanosti pracovníka, především po nástupu do zaměstnání, způsobuje prvotní potěšení z řešení přidělených úkonů a zahrnuje vlastní iniciativu ke zlepšení bez jakéhokoliv nároku či pomyšlení na finanční ohodnocení,
- 2) ***emocionálního a fyzického vyčerpání*** – zaměstnanec si začíná všímat fyzické náročnosti práce nepoměrně rozložené mezi vloženou energii a získané uspokojení, spojeného s dlouhotrvajícím přetěžováním,
- 3) ***dehumanizace*** – fáze postupného odcizení lidí i služeb všeho druhu spojeného s vykonáváním zaměstnání, objevuje se neúcta k člověku, okolí i sobě samému jako obranný mechanismus před dalším vyčerpáním,
- 4) ***totální vyčerpanosti*** – stavění se proti všemu a všem, negativistické pojetí všech pohledů na zaměstnání a vykonávanou profesi, stádium naprosté lhostejnosti.

Tento model se v mnohých prvcích ztotožňuje s rozdělením syndromu vyhoření americkým psychologem C. Chernissem, který „... *zakládá procesuální podobu burnout syndromu v podobě modelu, v němž zkušenost jedince se stresem a jeho zvládnutím ústí v průběžně realizovanou změnu postojů, emocionality a zvládacích strategií, jež budou nadále uplatňovány.*“ (Kebza V., Šolcová I., 2003).

V koncepci R. Schwaba vzniká pojetí syndromu vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami, ve kterých se nachází ve třech vývojových fázích:

- 1) nerovnováha mezi kladenými požadavky zaměstnání a individuálními schopnostmi jedince tyto požadavky splnit a dostat stanoveného cíle,



- 2) emocionální rozpad osobnosti v podobě rezignace, vyčerpanosti, úzkosti jako odpovědi na nastalou situaci,
- 3) změna chování a postojů zapříčiněna psychologickým únikem z vyplynulé situace, do které se jedinec dostal vlastním zapříčiněním, nechť jednat s klienty, pacienty na úrovni přiměřené empatie – mechanické chování.

Podobně jako mnozí autoři, i rakouský psychoterapeut A. Länge nabízí hlubší pohled na celkový průběh procesu vyhořívání, který rozdělil do tří základních fází (Jeklová, Reitmayerová, 2006):

- 1) **nadšení** – člověk, který se nastoupil do zaměstnání, se nadchl pro nějakou věc, kterou si stanovil jako vlastní cíl, jenž je jeho nynější náplní života. Jeho život je tak smysluplný a veškerá vynaložená síla jej přibližuje k dovršení stanoveného;
- 2) **vedlejší, utilitární, zájem** – z prvotně stanoveného prostředku se stává cíl. Člověk se nesnaží již hledat smysl ve svém zaměstnání a pomoci druhých, ale hledá možnosti největšího zisku ze stanoveného cíle, vyhasíná počáteční nadšení, ale i přesto člověk v práci zůstává;
- 3) **popel** – jedinec ztrácí veškerou úctu a respekt ke svému okolí a lidem, o něž má pečovat, považuje je pouze jako věci. Postupně si přestává vážit i sám sebe a nic co dělá, pro něho nemá smysl a nepřináší mu uspokojení osobních hodnot.

Srovnáme-li jednotlivé přístupy o vývojových stádiích či fázích syndromu vyhoření, dojdeme k výsledku, že pro vznik tohoto onemocnění je důležité počáteční nadšení a stanovení cíle, o něž jedinec v průběhu svého setrvávání v zaměstnání usiluje a nachází v nich smysl života. Nejde ovšem o neměnný stav, neboť burnout je stále vyvíjející se proces vznikající uvnitř člověka, který nemusí vždy končit pozitivním výsledkem. Postupný rozvoj syndromu je závislý na předchozích zkušenostech, psychické a fyzické vyrovnanosti a povaze jednotlivce. Na těchto kritériích spočívá i průběh a rychlost projevu syndromu vyhoření.

## 1.8 Druhy a protipóly vyhoření

V literárních pramenech se můžeme setkat s rozlišením pojmů *copout* a *burnout*, kdy burnout se z prvopočátku zaměřuje na vysoký výkon jednotlivce a na zdánlivě komponovaném pozadí se připravuje fáze emocionálního a fyzického selhání, kdežto u copoutu se jedná spíše o zjevné a viditelné selhání, které má za důsledek útek od odpovědnosti.

Při potupném zkoumání syndromu vyhoření u ohrožených profesí, došli psychologové k závěru, že můžeme rozlišovat několik „verzí“ či obměn (navzájem se lišících prožitkově – behaviorálních charakteristik syndromu vyhoření), (Kebza, Šolcová, 2003):

- **syndrom obnošení** – charakteristický pocitem naprostého vyčerpání i dlouhotrvajícího, stereotypně působícího stresu,
- **burnout syndrom** – vyskytuje se při pokračujícím, trvalém stresu a současně způsobuje úbytek obraných sil například se zvyšujícím se věkem,
- **syndrom podcenění** – dostavuje se pouze v situacích, kdy člověk vykonává nestimulující a monotónní práci s nízkou autonomií pracovní činnosti již delší dobu, celkově je tato práce pod úrovní jeho kvalifikace.

Podobně jako se objevují další varianty syndromu vyhoření a i přes stále nové odhalování tohoto onemocnění, se snaží psychologové najít i protipóly tohoto syndromu. Zaměřují se převážně na pozitivní psychologii, která má za úkol v člověku vytvořit pocit uspokojení, radosti, rozvoj emocí a vztahů k lidem. Snaží se jedince naučit optimismu, přátelství, lásce, odpovědnosti, skromnosti, toleranci... aby vedl plnohodnotný život.

Dalším přístupem hledání protipólu burnoutu je tzv. **engagement** neboli zaujetí, zapálení, angažovanost pro něco jiného, smysluplného. Vědci jsou přesvědčeni, že stejně jako burnout působí v člověku pocit beznaděje a naprosté vyčerpanosti, tak engagement v něm pro změnu vytvoří pocit zaujetí pro danou věc, radosti, smysluplnosti a přívalu pozitivní energie, jež je vynaložena na splnění úkolu a dosažení daného cíle.

## 1.9 Faktory podílející se na vzniku burnoutu

V úvodní části této práce jsme zmiňovaly profese, které jsou nejvíce náchylné na výskyt syndromu vyhoření. Naprostý vrchol je tvořen profesemi, jejichž dominantou je obor zdravotnictví, nicméně i u vzdálenějších profesí je možné pozorovat známky vyhoření (pedagogové, úředníci, policisté či dělníci). Teoreticky bychom mohli konstatovat, že rizikem vyhoření je ohrožen každý jedinec, který vykonává nějakou pracovní profesi, ovšem ani ta není jedinou podmínkou pro rozvoj burnoutu. Na syndromu vyhoření se podílí několik základních faktorů, jež vedou ke vzniku či postupnému rozvoji vyhoření u člověka.

### 1.9.1 Zátěž a přetížení

Do této skupiny patří zejména stres. Tento pojem je v mezilidské komunikaci chápán jako negativní prožívání s negativním dopadem jak na fyzický, tak i na psychický stav jedince. J. Renaudová (1993) však ve své studii dodává, že škodlivost stresu není zakořeněna pouze v něm samotném, ale spíše ve způsobu, jakým je stres prožíván. V podstatě je výsledkem protikladného působení dvou stran, které se navzájem ovlivňují.

Na jedné straně to jsou **stresory**, které jsou pro nás zatěžujícím a negativně působícím faktorem a na straně druhé jsou to **salutory**, jež představují obranný soubor schopností každého jedince ke zvládnání těžkostí. Stav naprosté harmonie a vyrovnanosti přichází v okamžiku, kdy jsou obě tyto strany v naprosté rovnováze a harmonii. Nastane-li situace, kdy se do převahy dostanou stresory, dochází k postupnému pronikání stresu v našem organismu a vytváření obranných reakcí, které postupným negativním působením mohou přecházet v **distres** (chronickou traumatizující formu stresu, která má potenciálně destruktivní účinky, poškozuje psychické i fyzické zdravý a může ohrozit i samotný život). (Křivohlavý, 1998).

*„Ukazuje se, že tam kde se člověk dlouhodobě pohybuje ve stresové situaci, a zvláště pak tam, kde se dostává do distresové situace cíhá na něj pravděpodobně nebezpečí vyhoření.“* (Křivohlavý, 1998, str. 27).

### **1.9.2 Frustrace**

Frustrace neboli neuspokojení našich potřeb a očekávání se objeví ve chvíli, započne-li člověk nějakou činností, o které má předem stanovené vlastní představy, až práci dokončí. Očekává nejen dostatečné finanční ohodnocení, ale rovněž i společenské uznání (respekt), ocenění dané práce od okolí a zároveň jakési ohodnocení.

Každý z nás potřebuje k vlastní rovnováze slyšet kladné ohodnocení od druhých, cítit, že si ho druzí váží a oceňují co pro společnost, ve které pracuje, vykonává. Pokud se nám ovšem tohoto kladného hodnocení nedostává, dochází k negativnímu uspokojení našeho očekávání – frustraci. Pokud se v jednotlivci začnou hromadit zážitky zklamaného očekávání, nastává zlom, kdy je ten nejlepší čas pro rozvoj syndromu vyhoření, neboť tento stav je přímo „živnou půdou“ pro burnout.

### **1.9.3 Negativní vztahy mezi lidmi**

Špatné interpersonální vztahy nejen na pracovišti vedou k negativnímu pojetí vlastního bytí. Spory, konflikty, hádky, ponižování, napadání se mezi jednotlivci (jak slovní, tak i fyzické) zapříčiňuje vznik závisti, vzteku a zlosti, opomíjí vzájemná úcta a důvěra. Často se objevují špatné vztahy mezi spolupracovníky, nejbližší rodinou či přáteli, kteří mezi sebou soupeří a z těchto sporů pramení nedostatek radosti a spokojenosti nejen v pracovním prostředí, ale i rodinném životě (Bartošíková, 2006). Člověk tak velmi často pocítuje nedostatečnou podporu svého okolí, cítí se osamělý a opuštěný a ponořuje se do syndromu vyhoření.

### **1.9.4 Nevyhovující pracovní podmínky a špatná organizace práce**

U nelékařského pracovního personálu se nejvíce vyskytuje tento faktor, neboť zde dochází k vysoké asymetričnosti poskytované ošetrovatelské péče (jedinec více dává, než dostává). Mnohdy může dojít k situaci, kdy se člověk dostane do koloběhu neustálého tlaku, nemá dostatek svobody v rozhodování a čím dál více vzrůstá požadavek na vyšší zodpovědnost a kvantitativnější výkon i mimo stanovené kompetence nelékařského pracovníka.

Negativní dopad na psychické rozpoložení má i narůstající počet odsloužených směn a s tím spojený nedostatečný odpočinek. Pracoviště, která nejsou dostatečně citlivá k potřebám svých zaměstnanců, která neprovádí pravidelnou *supervizi* (tzv. pohled shora, neboli náhled na činnost, jež člověk vykonává. Cílem je zlepšení pracovních podmínek, včetně organizace práce a kompetencí pracovníků. Podporuje kvalitu vykonané práce, posiluje týmovou spolupráci a profesní růst pracovníků – Bartošíková, 2006) a kde je soupeřivá atmosféra v pracovním kolektivu základní složkou, se silně podílejí na rozvoji syndromu vyhoření u svých zaměstnanců.

Negativní dopad na jedince má i situace, kdy nedostane dostatečný prostor pro vyjádření pracovních potíží a nesrovnalostí a nemůže se poradit, jak tyto okolnosti a problémy řešit (Matoušek, 2003).

#### **1.9.5 Nadměrná emocionální zátěž**

Představuje požadavek, kdy nelékařský pracovník má neustále zachovávat kladné emocionální chování ke všem pacientům, i přes jejich naříkání na neúspěšnou léčbu, bolest, mnohdy i hrubé chování vůči personálu, bez ohledu na celkové naladění (vždy musí u pacienta vzbuzovat pocit důvěry a utěšení). (Křivohlavý, 1998).

Barošíková (2006) ve své knize popisuje skutečnost, že zdravotnický personál není zvyklí ventilovat své skutečné pocity ani v kruhu blízkých, ani na vlastním pracovišti, a proto je velice důležitá důsledná opora ze strany managementu nemocnice.

#### **1.9.6 Osobnost a vyhoření**

Každý člověk má ve svém životě nějaký cíl, snaží se někam směřovat a o něco usilovat. Stejně jako existuje mnoho různých definic syndromu vyhoření, existuje i určitá typologie osobnosti člověka, kterou C. G. Jung rozděluje na *extroverty* (člověk společenský, aktivní, přístupný druhým a především průbojný) a *introverty* (člověk uzavřený, nedůvěřivý, plachý, nejistý a neprůbojný), kde ohroženějším druhem je osobnost introvertního typu, neboť snáze propadá beznaději a snáze po stejných výkonech jako

extrovertní člověk, bohužel bez ohledu na časové vypětí a vysokou míru pracovního nasazení.

Z hlediska konstruktů ve vztahu k riziku kardiovaskulárních onemocnění jedince, rozdělil Friedman a Roseman chování na *typ A* a *typ B*, kde se první kategorie vyznačuje velkým důrazem na výkon, rychlé jednání, velkou mírou soutěživosti a okamžitého rozhodování. Při jednání s druhými lidmi jsou asertivní až agresivní, mnohdy působí nepřátelským a podrážděným dojmem. Velmi rychle mluví a druhé nenechají jen tak domluvit či vyjádřit jejich vlastní myšlenku. Jedinci tohoto typu mají nízkou míru frustrační tolerance a neumějí odpočívat, obvykle dělají více věcí najednou, což při sebemenším zakolísání či vybočení z každodenního „zdravého stresu“ vede k pozvolnému rozvoji vyhoření.

Typ B je pravým opakem, tito lidé jsou pomalejší nejen ve svém rozhodování, ale rovněž i ve věcech pracovních, jsou klidnější a pohotovější, dovedou výkonně pracovat, ale i odpočívat, mají širší spektrum zájmů, ve kterém práce tvoří jen jednu ze složek psychického uspokojení.

Další ohroženou skupinou jsou lidé trpící tzv. „syndromem pomocníka“, kdy *„pomocník dává a je silný. Svěřenec je slabý a odkázaný na pomoc pomocníka. Asymetričnost této situace se pro bezmocného pomocníka stává drogou.“* (Schmidbauer, 2008, str. 19). Tito lidé mají naprosto nutkavou potřebu pomáhat druhým a potřeby jiných tak upřednostňují před vlastní potřeby.

Nejčastějšími osobnostními předpoklady vedoucí k syndromu vyhoření jsou zvýšená přecitlivělost jedince, workoholismus, přílišný optimismus, sklony k perfekcionalismu a v neposlední řadě i velké prvopočáteční nadšení.

## **1.10 Rizikové a protektivní faktory**

Vznik syndromu vyhoření je vždy podmíněn souhrou charakterových vlastností jedince a vnějších podmínek, přičemž každého člověka tyto faktory ovlivňují různou mírou (Stock, 2010). Za významné je třeba považovat i stanovení rizikových (burnout podněcujících) a protektivních (burnout tlumících) okolností a faktorů. V literárních pramenech se setkáme nejčastěji s těmito faktory (Kebza, Šolcová, 2003):

### 1.10.1 Rizikové faktory

- již samotný život v současné civilizované společnosti, s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka
- příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci (ale i pouze kontakt) s lidmi
- nutnost čelit chronickému stresu
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce
- původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc
- chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé
- původně střední až vysoká senzitivita
- nízká asertivita
- původně vysoký perfekcionalismus, pedantství, odpovědnost
- neschopnost relaxace
- negativní afektivita, depresivní ladění
- úzkostné, fobické a obsedantní rysy
- vyšší skóre životních událostí a „daily hassles“
- permanentně prožívaný časový tlak
- vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou zvl. V oblasti kardiovaskulárního aparátu
- externí lokalizace kontroly
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocen vykonávané profese
- stabilně prožívaný hněv, hostilita a agrese
- syndrom „hopelessness-helplessness“ (prožitek bezmoci a beznaděje a behaviorální ekvivalent, komplex „giving up-given up“ (komplex vzdání se vs. zanechání druhými).

### 1.10.2 Protektivní faktory

- chování typu B – dostatečná asertivita
- schopnost a dovednost relaxovat
- vhodný time – management
- pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce
- odolnost ve smyslu hardiness či smyslu pro koherenci
- personální kompetence, pocit dostatku vlastních schopností zvládnou situace
- ego – kompetence
- self – efficacy, víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění
- percipovaná kontrola
- interní lokalizace kontroly
- dispoziční optimismus
- „flow“ – příjemný tok, či proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc
- „social support“, sociální opora v případě burnout syndromu se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení
- pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení
- pocit osobní pohody, pozitivní emoce a štěstí

### 1.10.3 Neutrální faktory

Z hlediska rozvoje a vzniku syndromu vyhoření byly zaznamenány i neutrální faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u lidí, jsou jimi:

- inteligence
- věk
- stav
- vzdělání
- délka praxe v oboru (mnohdy považována za irelevantní údaj s ohledem na délku práce na jednotlivé pozici).



Jak již zaznělo, tak v prvních vlnách (80. léta) zkoumací syndrom vyhoření se setkáváme se shodujícím se názorem, že burnout většinou postihuje ženské pohlaví (někdy je dokonce procento postižených žen dvojnásobně vyšší než procento mužů).

V posledních dobách bylo ovšem na základě výzkumů zjištěno, že velkou roli u vzniku syndromu vyhoření hrají právě demografické charakteristiky (neutrální faktory), které mají vlastní přilnavost ke konkrétním situačním podmínkám (odblokování stresorů vedoucích ke vzniku vyhoření vede k rychlému poklesu ukazatelů potvrzující burnout. Ovšem po návratu do původních situačních podmínek, dochází rovněž k návratu původního stavu, který byl u jedince rozpoznán).

## **1.11 Diagnostika syndromu vyhoření**

Abychom mohli důkladně identifikovat syndrom vyhoření, musíme vycházet jednak z pozorování jednotlivých příznaků u postižených osob, v jejichž chování se vyhoření začíná projevovat především přehnanou mírou reakce na dané symptomy. Ke zjištění stupně syndromu vyhoření se využívá nejčastěji metoda dotazníkového šetření u jedince a pozorování vlastních pocitů popisovaných postiženým (neobvyklé změny nálad a chování).

Mezi nejužívanější a nejnámější metody patří dotazníková šetření, jež jsou založena na posuzovacích škálách. Jde především o dotazník MBI (*Maslach Burnout Inventory*) a dotazník BM (*Burnout Measure*). Stejně jako toto dotazníkové šetření prodělalo řadu překladů, tak i ve Státním zdravotním ústavu nalezneme české verze některých metod odhalujících syndrom vyhoření, které se postupně ověřují v psychologické praxi.

### **1.11.1 MBI – Maslach Burnout Inventory**

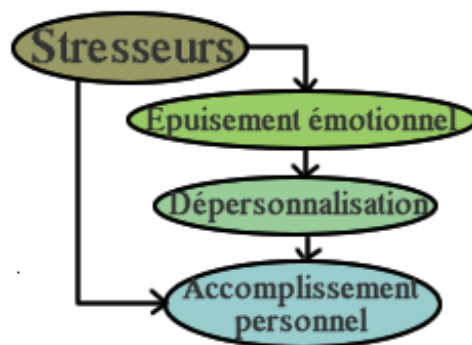
Autorkou dotazníku je Christine Maslach a Susan Jackson. V současné době se jedná o jednu z nejvyužívanějších metod a dotazníkového šetření odhalujícího syndrom vyhoření u exponovaných profesí. Dotazník zohledňuje a zkoumá tři základní faktory. Dva

jsou laděné negativně – **emocionální vyčerpání** a **depersonalizace** a jeden je laděn pozitivně se zaměřením na osobní uspokojení z pracovního výkonu a práce celkově.

Jednotlivé pocity se v dotazníku hodnotí jednak na úrovni četnosti vyskytování, tak i na stupnici intenzity (síly) a pro jednotlivé faktory se vyhodnocuje jako celkový pohled. Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem, proto jsou jeho sub-škály kombinovány tak, aby mohli postihnout více lidských oblastí najednou. Protože jsou pocity syndromu vyhoření vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních - **vysoký, mírný, nízký**. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, protože jak již bylo uvedeno výše, pocitová emocionální složka je ovlivněna nejvíce, naopak u osobního upokojení korespondují se syndromem hodnoty nízké. Celkové vyhodnocení dotazníku spočívá v součtu všech bodových hodnocení a jednotlivých sub-škálách.

U každého tvrzení se vyplňuje číslo podle stupnice určující sílu pocitů, kterou jedinec většinou prožívá: **vůbec 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 velmi silně**. Vyhodnocení dotazníku spočívá v součtu všech bodových hodnocení a jejich sub-škálách, které tvoří:

- **EE** = Emocionální vyčerpání (Ø 19 bodů)  
Nízký 0-16, Mírný 17-26, Vysoký 27 - více
- **DP** = Depersonalizaci (Ø 6 bodů)  
Nízký 0-6, Mírný 7-12, Vysoký 13 a více
- **PA** = Osobní uspokojení (Ø 36,8 bodů)  
Nízký 0-31, Mírný 32-38, vysoký 39 – více



(Higashiguchi K. a kol.: Burnout and Related Factors among Hospital Nurses. J.Occup Health,1999,41,215 – 224).

### 1.11.2 BM – Burnout Measure

Tento druh dotazníku byl sestaven autory A. Pinesem, E. Aronsonem a D. Kafrou a je zaměřený na měření pocitů fyzické exhausce a zjišťování pocitů fyzické vyčerpanosti, slabosti a únavy, pocitů emocionální exhausce vztahujících se k pocitům úzkosti,

beznaděje a bezvýchodnosti. Pocity psychického vyčerpání jsou odrazem psychického vyčerpání a odrážejí pocity vlastní bezcennosti a deziluze.

### 1.11.3 Inventář projevů syndromu vyhoření

Tento inventář podle C. Henniga a G. Kellera se zaměřuje na čtyři roviny a to rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální. Test slouží jako orientační zjištění náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření (Bartošíková, 2006, s. 69-75).

Křivohlavý (1998) mezi metodami zkoumání syndromu vyhoření uvádí i **Orientační dotazník**. Autory dotazníku jsou Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman. Jedná se o jednoduchou a v praxi vhodnou metodu, díky níž můžeme poznat blížící se stav psychického vyhoření. Jako pozitivum je spatřován fakt, že dotazník respektuje syndrom vyhoření jako proces nikoliv jako momentální statický stav.

### 1.11.4 Škála životnej zmysluplnosti

Tento dotazník pochází od slovenského autora Petra Halamy (2002), který vychází z osvědčeného tříkomponentového pojetí smyslu P. T. P. Wonga a G. T. Rejera. Autor upravil tento model na základě svých výzkumů zejména na slovenskou populaci. V rámci ověřování bylo stanoveno 30 položek, které podrobně popisovaly jednotlivé komponenty. Komponenty, které popisuje Škála životnej zmysluplnosti jsou:

1. **Kognitivní komponenta** – zahrnuje předpoklady a přesvědčení týkající se sebe sama a světa, zkoumá, jak nahlíží člověk na svět a jak se vyrovnává s existenciálními skutečnostmi. Člověk s rozvinutou kognitivní komponentou si uvědomuje koherence a řád v životě, jeho cíl a životní poslání, zatím co člověk s nerozvinutou kognitivní komponentou mívá nefunkční životní přesvědčení, projevující se chaosem v životě, bezúčelností a úzkostí.
2. **Motivační komponenta** – pokrývá investování času a energie do vybraných cílů a životních hodnot. Pro člověka s rozvinutou motivační komponentou je typická přítomnost různých hodnot, cílů, vysoký stupeň závazku vůči nim, snaží se o jejich naplnění, a to i přes překážky a neúspěchy. Člověk s nedostatečně rozvinutou

motivační komponentou má nedostatek životních cílů a aktivit, nudí se, pociťuje apatii či beznaděj jak dosáhnout svých cílů.

3. **Afektivní komponenta** – zaznamenává prožívání spokojenosti či naplnění z realizace a dosahování cílů, pozitivních přesvědčení a postojů vůči životu. Člověk s rozvinutou afektivní komponentou prožívá pozitivní pocity štěstí, optimismus, spokojenost. Pokud je afektivní komponenta rozvinutá slabě, projevují se pocity nespokojenosti, deprese, smutku anebo úzkosti a člověk se vyznačuje pesimismem.

Metod, které nám dokáží popsat syndrom vyhoření nebo alespoň jej objevit v jeho prvopočátcích je mnoho. Výše jsou uvedeny základní metody, které jsou nejčastěji pro výskyt syndromu vyhoření využívány. Důležité pro odhalení i počínajícího burnoutu je sledování a pozorování postiženého jedince, neboť včasným zásahem je možné zasáhnout v brzké době, kdy nedojde k recidivě tohoto onemocnění hned po návratu jedince zpět do pracovního prostředí.

## **1.12 Prevence a intervence syndromu vyhoření**

Prevence syndromu vyhoření je velice důležitou úlohou nejen pro samotného jedince, ale i pro zaměstnavatele. Každý si může sám pomoci tím, že se naučí adaptivně zvládat jednotlivé stresové situace a bude se starat i o svoji životosprávu. V této souvislosti bychom mohli potvrdit rčení, o tom, že prevence je účinnější než léčba samotná. Mezi širokou veřejností se můžeme setkat s různými pohledy a názory na burnout, ale mnohem méně se setkáme s řešením prevence vzniku u lidí, kteří jsou tímto syndromem ohroženi nebo dokonce již vyhořeli. Všeobecně platným doporučením je tedy oddělovat pracovní život od osobního a dokázat najít rovnováhu mezi pracovním nasazením a dobou odpočinku, dokázat udržet pravidelný režim a dodržovat zdravý životní styl.

Pokud se zaměříme na samotnou prevenci syndromu vyhoření, mohli bychom ji rozdělit na dvě části, a to na tu, která probíhá na úrovni jedince samotného (co může člověk udělat sám pro sebe bez pomoci okolí) a na tu, která by měla být zajištěna zaměstnavatelem na pracovišti (co může udělat management společnosti pro spokojenost zaměstnance). Křivohlavý (1998) mluví v této souvislosti o tzv. interních a externích individuálních možnostech prevence.

### 1.12.1 Prevence a intervence ze strany zaměstnance

Každý člověk má možnost ovlivnit vznik syndromu vyhoření na základě několika základních okolností, jež si sám může ovlivnit (Bartošíková, 2006):

- nalezení smysluplné a hodnotné pracovní činnosti
- získání a převzetí profesionální autonomie a opory
- vytvoření si přirozeného vztahu k práci a k životním aktivitám (člověk by si měl uvědomit přínos, který on přináší práci a práce jemu).

Dalšími možnostmi, které se podílejí na předcházení vzniku syndromu burnoutu, jsou:

- udržování a především samotné vytváření dobrých mezilidských vztahů na úrovni rodiny, spolupracovníků a přátel. Tito lidé pro jedince znamenají společenství, na které se může kdykoliv obrátit, v případě potřeby spolehnout a oni mu dokážou poskytnout jakousi potřebnou emocionální podporu a zpětnou vazbu, jež je daná zejména tím, že ve většině případů se jedná o lidi, kteří s námi sdílejí i stejné hodnoty a společenské normy. (Křivohlavý, 1998).
- umět říkat NE a naučit se odmítnout požadovaný úkol v situaci, kdy jsme sami přesvědčeni, že je toho na nás moc a nejsme schopni udělat, co se po nás žádá.
- věnování pozornosti svému zdraví a kondici (měli bychom se snažit udržovat v dobré tělesné kondici, doplňovat energii činnostmi, o kterých víme, že se u nich cítíme dobře a dělají nám radost. Celkově můžeme říci, že bychom se měli zaměřit na základní pravidla a to dodržovat dostatek spánku, zdravě jíst a umět efektivně využít volný čas).
- umět si stanovit priority - dokázat slevit ze svých nároků a minimalizovat pocit, že musím být všude za každou cenu, naučit se dávat si dosažitelné a realistické cíle.
- umět požádat o pomoc - pokud se dostaneme do situace, kdy víme, že naše síly jsou nedostatečné, měli bychom umět požádat o pomoc své okolí a stejně tak umět využívat nabídky pomoci. Nesmíme se bát vyhledat i odbornou psychologickou pomoc (Bartošíková, 2006).
- jasně říci, že něco neumím nebo něčemu nerozumím (Kallwass, 2007).
- rovnoměrně si rozdělit práci - vytvořit si jasný pracovní plán, ve kterém by měli být zahrnuty jednotlivé přestávky, abychom neohrozili zásobu naší energie a uměli se

odreagovat od pracovního vyčerpání. Dalším důležitým faktem je, nenosit si práci domů.

- neměli bychom zapomínat sami na sebe a na své vlastní potřeby (poslouchat své tělo, co nám říká).
- umět vhodně projevit vlastní emoce a nevyhýbat se situacím, kdy se těmto projevům straníme - smysl pro humor, radost, stejně jako smutek, zklamání a zlost. „Ukazuje se, že lidé, kteří nemají smysl pro humor, případně humor ztratili, vyhořují podstatně rychleji a úplněji, než-li ti, kteří smysl pro humor mají a bohatě ho v praxi využívají.“ (Křivohlavý, 1998, str. 113).

### 1.12.2 Prevence a intervence ze strany organizace

„Syndrom vyhoření je výslednicí interakce podmínek k práci vytvořených organizací, pro niž jedinec pracuje, a subjektivním očekáváním pracovníka.“ (Matoušek, 2003, str. 55). Jak jsme si zmínili výše, subjektivní očekávání pracovníka je nedílnou součástí prevence, která je očekávána z jeho strany, avšak i organizace samotná by se měla aktivně podílet na vytváření podmínek, jež v zaměstnanci toto subjektivní očekávání prohlubují a udržují ho tak ve stavu vyrovnanosti. Pokud se zaměříme na organizaci, existují jednotlivé kroky, jež vedou k ovlivnění přítomnosti pozitivních pracovních podmínek:

- **evalvace** - neboli kladné hodnocení pracovníků spočívá v projevení úcty, vážnosti, respektu k druhým lidem, zahrnuje i hodnocení toho, jak člověk vypadá a co dělá. PO projevu evalvace se většinou dostává do stavu lepšího smýšlení sám o sobě (Křivohlavý, 1998). Opačné, devalvující chování, je jednou z příčin rozvoje burnoutu, neboť dochází k ponižování pracovníka, nepřátelskému chování, ignoraci a naprostou ztrátou sebevědomí ve vykonávané práci. Devalvační a evalvační projevy chování jsou přítomny nejen mezi nadřízeným a podřízeným pracovníkem, ale můžeme se s nimi setkat i v běžném kontaktu a jednání lidí na stejné pracovní úrovni.

- **podpora týmové spolupráce** - nejen ve zdravotnictví, ale i v mnoha jiných odvětvích se v poslední době stále více prokazuje skutečnost, že pokud dochází ke kvalitnímu předávání informací a efektivní komunikaci v týmu, dochází k produktivnějšímu a úspěšnějšímu pracovnímu nasazení a tím i vykonané práce. Mezi jednotlivci tak vzniká důvěra, vyšší motivace a dochází k uvolňování energie, která je zdrojem celého týmu. Lidé mají možnost navrhnout vlastní řešení a nepodílejí se na celkovém zpracování a konečném výsledku práce sami (Bartošíková, 2006).
- **kvalitní příprava na profesi** - zaměstnavatel by měl zaměstnanci poskytnout dostatečné teoretické znalosti s možností vyzkoušení si těchto znalostí v praxi a jejich následné aplikování.
- **definování poslání organizace, náplně práce a kompetenci pracovníka** (zamezíme tím, že bude docházet k přetěžování pracovníka na základě přibývajících úkolů a odpovědnosti za jejich vykonávání).
- zaměření se na **kvalitní zácvik** nového pracovníka týmu (nově přijatý člen organizace by měl být po určitou dobu pod vedením zkušenějšího pracovníka a měl by s ním na všem spolupracovat).
- **zajištění regenerace** - organizace by se měla podílet na zajišťování regeneračních procesů u jednotlivce, ať už na základě poskytování regeneračních pobytů, kulturních akcí apod. Mělo by docházet i podpoře neformálního setkávání jednotlivých pracovníků za účelem předávání si zkušeností a názorů.
- **podpora růstu pracovníků** - v tomto směru by se měla organizace starat o profesionální rozvoj pracovníků spojený s následným vzděláváním a doškolováním, velikou výhodou je umožnění stáží na jiných pracovištích či lokalitách společnosti.
- **mapování zátěže** - využívání dotazníků spokojenosti zaměstnance ke zjištění a rozpoznávání zdrojů stresu. Po dotazníkovém šetření je velice důležité seznámit všechny pracovníky s jeho vyhodnocením a navrženými postupy zajišťující opatření.
- **zavedení pravidelné supervize** - celoživotní formy vzdělávání se zaměřeného na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí. Důraz je kladen především na aktivaci vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. Jedná se o profesionální postup pozorování, reflexe profesní praxe (Matoušek, 2003, str. 349).

- **zajištění odborného poradenství** - pracovník by měl možnost své problémy prodiskutovat s odborníkem, který je kompetentní mu v dané věci pomoci a poradit. Důležité je rovněž pracovníky s touto možností pomoci seznámit, aby věděli, že ji mohou využít všichni bez ohledu na pracovní zařazení či funkci.

Pokud bychom se měli zaměřit na prevenci syndromu vyhoření v obou rovinách, jak ze strany zaměstnance, tak ze strany organizace, zjistíme, že se tyto postupy do značné míry překrývají. Jak již bylo uvedeno výše, každý sám se může naučit adaptivně zvládat stresové situace a organizace nám může napomoci tyto situace přijímat klidněji a bez dopadu na naše zdraví.

V rámci každého pracovního dne se doporučuje udělat si menší přestávku na protažení, krátkou procházku či relaxaci. V tomto okamžiku nastává příležitost organizace, jež může svým pracovníkům vyjít vstříc tím, že v budově zřídí oddechovou místnost, relaxační zónu, posilovnu nebo navýší polední přestávku. Bohužel se tato možnost oddechu od pracovního nasazení vyskytuje jen ojediněle, neboť většina zaměstnavatelů vyžaduje po svých zaměstnancích naprostou orientaci na práci a odpočinek bere jako formu odklonu od pracovního tempa.

Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhoření projeví v pracovním chování zaměstnance (pracovní neschopnost, snížené pracovní úsilí, změny zaměstnání) a tyto změny mají většinou ekonomický dopad, měl by se zaměstnavatel snažit předcházet syndromu vyhoření u svých pracovníků včas. Podle Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (European Agency for Safety and Health at Work) je 50 – 60 % dnů, kdy jsou zaměstnanci v pracovní neschopnosti, způsobeno stresem na pracovišti a náklady spojené s pracovními úrazy a nemocemi z povolání představují ve většině zemí 2,6 až 3,8 % HDP. Z těchto čísel je jasně patrné, že dobrá prevence a ochrana zdraví zaměstnanců se vyplatí. Důraz na roli zaměstnavatele již dlouho kladou i naši sousedé v Německu (Paine, 1982 in Pines, Aronson, 1988). Podle nich by prevence syndromu vyhoření měla mít čtyři úrovně, přičemž každá z nich je stejně důležitá:

1. **osobní úroveň** - každý jedinec by se měl naučit efektivní způsoby zvládnání stresu,



2. **interpersonální úroveň** - kolegové na pracovišti pracují v rámci jednoho týmu, vzájemně se podporují a předávají si dovednosti ke zvládnání stresových situací,
3. **úroveň pracoviště** - pověření vedoucí pracovníci se mají postarat o zmírnění nebo odstranění stresorů pro své podřízené, měli by jasně stanovit cíle a roli každého v jejich dosahování,
4. **úroveň organizace** - organizační politika je vedena s velkým důrazem na pracovní podmínky a zdraví zaměstnanců, zaměstnavatel by se měl postarat o snížení stresu na pracovišti všemi dostupnými možnostmi.

V současné době mají organizace možnost postarat se o programy zajišťující osobní rozvoj zaměstnanců, zajištění pracovního poradenství a informovanosti o riziku syndromu vyhoření nebo umožnění výcviku v týmové spolupráci. Jednotlivé organizace mohou svým pracovníkům pomoci, když zvýší jejich podíl na řízení organizace, umožní jim kondiční programy, které sníží fyzický i psychický stres zaměstnanců a následně sníží i náklady na dávky v pracovní neschopnosti a zvýší procento věrných zaměstnanců.

Ke snížení negativních vlivů přispívajících k rozvoji burnoutu patří rovněž dodržování zásad ergonomie jako je dostatek pracovního prostoru, nízký hluk, optimální osvětlení a teplota, určité soukromí a možnost individuální úpravy přiděleného pracovního prostoru.

## 1.13 Terapie burnoutu

Jak již bylo uvedeno výše, je mnohem jednodušší negativním vlivům působícím na jedince předcházet, než se s nimi později vypořádat a odstraňovat je. Terapeutické strategie se opírají o několik pilířů, mezi které neodmyslitelně patří psychoterapie, duševní hygiena a kognitivně - behaviorální terapie.

Jedním z hlavních psychoterapeutických zdrojů je **existenciální psychoterapie**. „V amerických podmínkách, ve kterých byl tento syndrom koncipován, ... se soustřeďuje na vnitřní svět prožitků, umožňuje pacientům vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka.“ (Kebza, Šolcová, 2003).

V evropských podmínkách v návaznosti na výsledky existencionální psychoterapie vznikly dvě psychoterapeutické školy, které vytvářejí vhodné prostředí pro aplikaci terapie burnout syndromu:

1. **daseinsanalýza** - navazuje na filozofické dílo M. Heideggera, snaží se pomoci pacientovi nalézt cestu k pochopení jeho existence a pomoci mu jeho existenci co nejlépe, nejpřístupněji a nejodpovědněji realizovat. Veliký důraz je kladen na to kam člověk směřuje a jak se bude rozvíjet, nezáleží na jeho minulosti, ale na jeho dalším vývoji. Každému pacientovi je v tomto případě k dispozici konzultant, který neslouží jako terapeut udělující příkazy a pokyny, ale jako rádce udělující doporučení.
2. **logoterapie** - usiluje o nalezení vlastního smyslu života v souladu s jeho dosavadním životem a osobností. Pomocí objevování nových hodnot a jejich přejímání pomáhá terapeut pacientovi najít nové důvody proč žít. Pro osoby, které se pohybují ve finálním stádiu burnoutu je tato terapie velmi důležitá, neboť jejich dosavadní svět tvořený prací, nadšením a zapálením pro věc se právě zhroutil a jejich život tak přestal dávat smysl.

Další velice důležitou součástí terapie burnoutu je duševní hygiena, která hraje významnou roli nejen v omezení vzniku syndromu vyhoření, ale rovněž v jeho následné léčbě. U profesí, kde se denně pracovník dostává do kontaktu s lidmi, je nutné umět si udržet jakýsi odstup od klientů, pacientů, postižených. Podle Maslachové si k tomuto faktu profesionálové pomáhají několika různými technikami:

- **sémantickým odosobněním** - klient či pacient se stává pouhou kauzou, určitou diagnózou, pacientem, atd.,
- **intelektualismem** - profesionál se snaží o pacientovi či klientovi mluvit velice racionálně, bez osobního zaujetí a přístupu, bez emocí,
- **izolací** - jasné odlišení přístupu k pacientům či klientům od přístupu k ostatním lidem (spolupracovníkům).

Při terapii burnoutu i před jeho vznikem je velmi důležité naučit se nejen mluvit o svých pocitech, ale také je umět vyjadřovat. Je potřeba na každém pracovišti vytvořit

takové prostředí, v němž je otevřená možnost se „vzpovídat“ ze svých pocitů a nepotlačovat je v sobě (porada, při které jsou probírány obtížnější případy pracoviště, možnost dojit za kolegou a probrat s ním své pocity, mít vlastního supervizora).

Důležitou součástí léčby (i prevence) syndromu vyhoření je **relaxace**. Pro začátek je nejvhodnější docházet na skupinové relaxace k odborníkovi, kde každého naučí, jak se správně a zcela uvolnit, aby člověka neodradily počáteční neúspěchy, když se uvolnění nepodaří dosáhnout, navíc je známo, že člověk zasažen syndromem vyhoření má s uvolněním a relaxací potíže. Pro ty z nás, kteří nemají rádi tento typ relaxování, je možné doporučit relaxaci při pomalých pravidelných procházkách v přírodě, které by měly být tak dlouhé, aby si člověk vyčistil hlavu od problémů, ale zároveň se neunavil a pravidelné, což znamená s frekvencí vícekrát týdně. Stejně tak lze využít sportu, ovšem nikoliv výkonnostního, protože cílem je odpočinout si, proto se nesnažíme o výkon, ale spíše o pobavení mysli a protažení těla.

Bylo zjištěno, že krátkodobé řešení jako je dovolená, nepomáhá. Již po třech dnech v zaměstnání, se symptomy syndromu vyhoření opět objevují a po třech týdnech jsou na stejné úrovni, jako byly před nástupem na dovolenou, pokud ovšem nedošlo ke změně podmínek. Z toho vyplývá, že je nezbytná komplexní změna osobního i pracovního životního stylu (Ashakar at al., 2010 in Ptáček, Čeledová, 2011).

Pro vytvoření představy, jak mohou lékař a psycholog společně postupovat v případě léčby syndromu vyhoření, mohou posloužit 3 pilíře léčby podle německé lékařky Barbary Grube (Vollmerová, 1998):

- Prvním pilířem je **relaxace**. Když je člověk ve stresu, aktivuje se synaptický nervový systém, což se může projevat bolestivým napětím svalstva, zrychlením dechu a tepu anebo neurovegetativními obtížemi jako jsou potíže se zažíváním nebo bolesti hlavy. Nakonec se tělo vyčerpá. Každý si může zvolit druh relaxace, při kterém se nejlépe uvolní, aby k těmto příznakům nedocházelo.
- další přichází na řadu **psychoterapie**, cílem je snížení vnitřní nejistoty a strachu, vytváříme pozitivní vztah k životu, hledáme ztracený smysl, nalézáme pocit vlastní hodnoty a učíme se přiměřeně reagovat v zátěži.
- Třetím bodem je podpůrná **farmakologická léčba**, kterou nastavuje lékař. Může se jednat např. o antidepresiva. V Německu také fungují psychosomatická centra, kam

se člověk dostane na doporučení praktického lékaře. V tomto centru se člověk seznámí s relaxačními technikami a dostane se mu individuálního terapeutického plánu (Stock, 2010).

***„Právě tak, jako byste se neměli pokoušet léčit oči bez hlavy a hlavu bez těla, neměli byste léčit tělo bez duše.“ (Sokrates)***

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

## **2 VÝZKUM**

Praktická část diplomové práce je rozdělena do několika základních částí, kde se první část zaměřuje především na stanovení výzkumných cílů a pracovních hypotéz. Druhá dílčí část výzkumné práce se orientuje na popis metody a organizace výzkumu, jež vedla k získání potřebných údajů vedoucích k vyhodnocení prováděného výzkumného šetření. V následující části jsou uvedeny podrobné výsledky dotazníkového šetření spolu s grafickým vyjádřením získaných poznatků a druhá část dotazníkového šetření, která vede ke zjištění intenzity výskytu burnoutu u dotazovaných nelékařských pracovníků, jež je rovněž zpracována do grafické podoby a jejíž výsledky jsou prezentovány v diskuzi, jako i celkové shrnutí výsledků.

### **2.1 Cíle výzkumu a pracovní hypotézy**

Cílem diplomové práce je zjistit, jakou měrou se podílejí dané aspekty na vzniku syndromu vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu. Náchylnost ke vzniku syndromu vyhoření byla u jednotlivých respondentů hodnocena v závislosti na věku zdravotnického personálu, délce jeho praxe na nemocničních odděleních, dále na základě hodnocení jednotlivých vztahů na pracovišti a také dle toho, zda má zdravotnický personál na pracovišti k dispozici psychologa či jiný pomocný terapeutický personál pro vlastní potřebu.

Do souvislosti bylo rovněž dáno riziko vzniku syndromu vyhoření a rodinný stav nelékařského personálu, stejně jako i přítomnost psychologického personálu jako jedné z možností předcházení vzniku burnoutu nebo jeho léčby u již přítomného vyhoření. Na závěr celého hodnocení se zaměřujeme na danou osobnostní rovinu, ve které je nejvíce patrný syndrom vyhoření (emocionální, sociální, rozumová a tělesná rovina jedince).

Jednotlivé cíle diplomové práce jsou následující:

- Cíl č.1.** Cílem je zjistit, ve které věkové skupině se nejčastěji objevuje syndrom vyhoření.
- Cíl č.2.** Cílem je zjistit, zda délka praxe ovlivňuje syndrom vyhoření.
- Cíl č.3.** Cílem je ověřit, jestli psychologická pomoc na pracovišti ovlivňuje výskyt burnoutu u zdravotnického personálu.

Hypotézy diplomové práce:

- Hypotéza č.1.** Nejvyšší míra vzniku vyhoření se objevuje u pracovníků spadajících do věkové skupiny 21-35 let.
- Hypotéza č.2.** Respondenti, bez rodiny, vykazují vyšší procento výskytu burnoutu než ti, kteří mají rodinu a děti.
- Hypotéza č.3.** Nejvyšší tendence ke vzniku syndromu vyhoření se objevuje u nelékařského zdravotnického personálu s délkou praxe do deseti let.
- Hypotéza č.4.** Interpersonální vztahy se negativně podílejí na vzniku burnoutu u respondentů.
- Hypotéza č.5.** Psychologická pomoc snižuje míru výskytu burnoutu u respondentů.
- Hypotéza č.6.** Nejvíce se syndrom vyhoření vyskytuje v tělesné rovině.

## 2.2 Metodika výzkumu

K zachycení syndromu vyhoření a ke zjištění potřebných informací týkajících se této problematiky u nelékařského zdravotnického personálu jsem zvolila v současnosti často používanou metodu a to anonymní dotazníkové šetření. Celý dotazník je rozdělen do dvou částí a celkem obsahuje 38 otázek.

První, neboli anamnestická část, slouží k podrobnému získání informací o respondentovi. Obsahuje otázky týkající se věku, pohlaví, rodinného stavu, dětí a samozřejmě i délky praxe a formy bydlení (mnohdy spojeno s možnou formou relaxace). Do této části dotazníku jsou zahrnuty i otázky týkající se přítomnosti psychologické pomoci na oddělení, pracovních vztahů a zjištění pocitů nelékařských zdravotnických pracovníků před nástupem do práce a po odchodu z práce. Položky anamnestické části

dotazníku jsou tvořeny převážně uzavřenými otázkami, kdy si respondenti mohli vybrat z nabídnutých možností tu, která nejvíce přibližovala jejich skutečný stav. V dotazníku jsou rovněž zahrnuty otázky týkající se finančního ohodnocení a míry spokojenosti s ohodnocením jejich nadřízeného.

Druhá část dotazníkového šetření je zaměřena na zjištění, zda a v jakém rozsahu je syndrom vyhoření u respondentů přítomen. K tomuto dotazování byl použit dotazník z knihy Antistresový program pro učitele od autorů C. Henniga a G. Kellera (1996) a dotazník zaměřený na syndrom vyhoření u učitelů od autorky Potterové (1997). Úkolem pro dotazující zde bylo zaškrtnutí čísla, které odpovídá tomu, jak se v běžném životě daná situace vyvíjí a děje. K dispozici je numerická škála od 0 do 4, kde 0 popisuje, že se daná situace vyskytuje jen zřídka nebo nikdy a číslo 4 značí stále se opakující situaci.

### **2.3 Organizace výzkumu**

Dotazníkové šetření probíhalo formou plošného výzkumu v Krajské zdravotní a.s., kde byly osloveno 5 nemocnic (nemocnice Děčín, Chomutov, Most, Teplice a Ústí nad Labem). Toto šetření bylo provedeno pod záštitou hlavní sestry, která provedla distribuci dotazníků na jednotlivá oddělení. Výzkumu se účastnili nelékařští zdravotničtí pracovníci z chirurgického oddělení a jejich odvětví. Jelikož byla spolupráce mezi hlavní sestrou a vrchními sestrami jednotlivých oddělení velice dobrá, hodnotím návratnost dotazníků pozitivně, i když se občas objevila i neochota ze strany respondentů z hlediska přidávání práce na základě vyplňování dotazníku. Jednotlivá vyhodnocená data byla porovnána mezi jednotlivými nemocnicemi a tím došlo i k lepšímu vyhodnocení zpětné vazby a jednotlivým doporučením v praxi. Rozdání a sběr dotazníků probíhal na přelomu roku 2014 a 2015, kdy všechny posbírané dotazníky byly již v lednu 2015 naprosto kompletní.

### **2.4 Popis vzorku respondentů a vyhodnocení dotazníkového šetření**

Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků, kdy do každé nemocnice bylo určeno 60 dotazníků pro lepší vyhodnocení a z toho bylo navraceno 275 dotazníků (z každé nemocnice bylo navraceno 55 dotazníků, které byly po provedené analýze zahrnuty do



výzkumu), celkem byla tedy návratnost 91,6%. Pro zpracování dotazníků bylo využito všech 275, neboť neobsahovaly žádné chyby a nebyly v nich rozpoznány známky bezmyslenkovitého zapisování a úmyslného zkreslování dat.

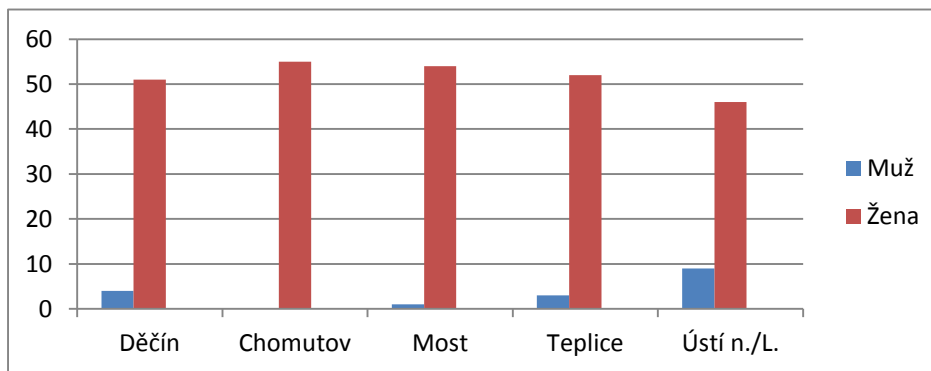
Následně budou tabulkově a graficky znázorněny jednotlivé výsledky vyplývající z dotazníkového šetření v jednotlivých nemocnicích, kde byly porovnávány na základě absolutní četnosti v číslech (dále jen AČ v N) a relativní četnosti v procentech (dále jen RČ v %):

### Výsledky otázky č. 1 týkají se pohlaví respondentů:

Tab. č. 1 - pohlaví respondentů

Pohlaví	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
Žena	51	93%	55	100%	54	99%	52	95%	46	84%
Muž	4	7%	0	0%	1	1%	3	5%	9	16%
Celkem	55	100%	55	100%	55	100%	55	100%	55	100%

Graf č. 1 - pohlaví respondentů



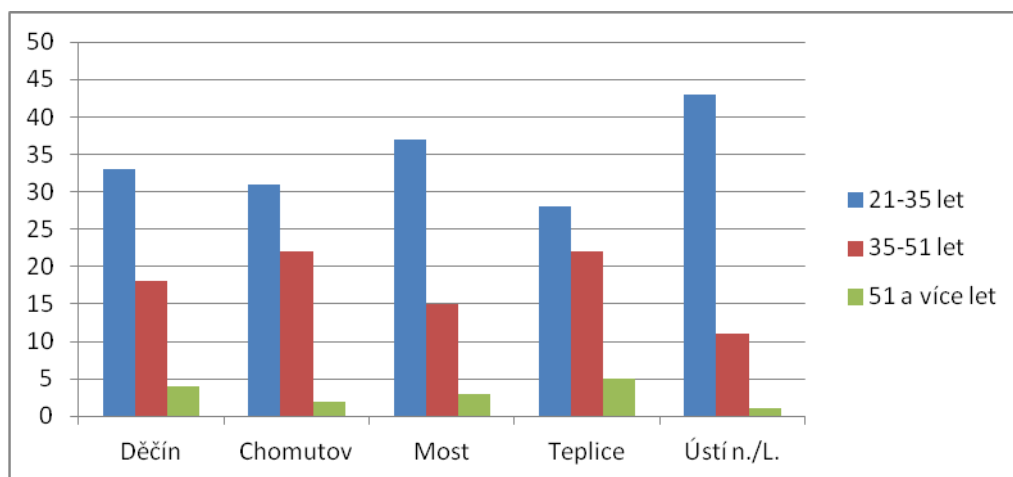
Z uvedené tabulky a grafu vyplývá, že většina dotazovaných respondentů byly ženy, v celkovém pohledu tvořilo 258 dotazovaných žen 94% celkového šetření a 17 mužů tvořilo 6% celkového šetření. S ohledem na porovnání mezi jednotlivými nemocnicemi je nejvíce zaměstnaných mužů na odděleních s chirurgickým zaměřením v nemocnici v Ústí nad Labem a nejméně v Chomutovské nemocnici, kde respondent mužského pohlaví nebyl žádný.

## Výsledky otázky č. 2 týkající se věku zdravotnického personálu:

Tab. č. 2 - věk respondentů

Věk	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
21-35	33	60%	31	56%	37	68%	28	51%	43	78%
35-51	18	32%	22	40%	15	27%	22	40%	11	20%
51 a více	4	8%	2	4%	3	5%	5	9%	1	2%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 2 - věk respondentů



Jak je patrné z tabulky a grafu, tak nejpočetnější zastoupení má věková skupina 21-35 let ve všech dotazovaných nemocnicích a nejmenší zastoupení má věková skupina nad 51 let. Na základě specializace a profesionálního rozvoje jednotlivých nemocnic je zřejmé, že nejvíce vyhledávanou nemocnicí pro mladší věkové skupiny je právě nemocnice v Ústí nad Labem, která dosahuje na mnohých odděleních statusu klinika. Oproti tomu nejvíce „zastaralé“ oddělení má teplická nemocnice, která zaměstnává 11 pracovníků ve věku nad 51 let.

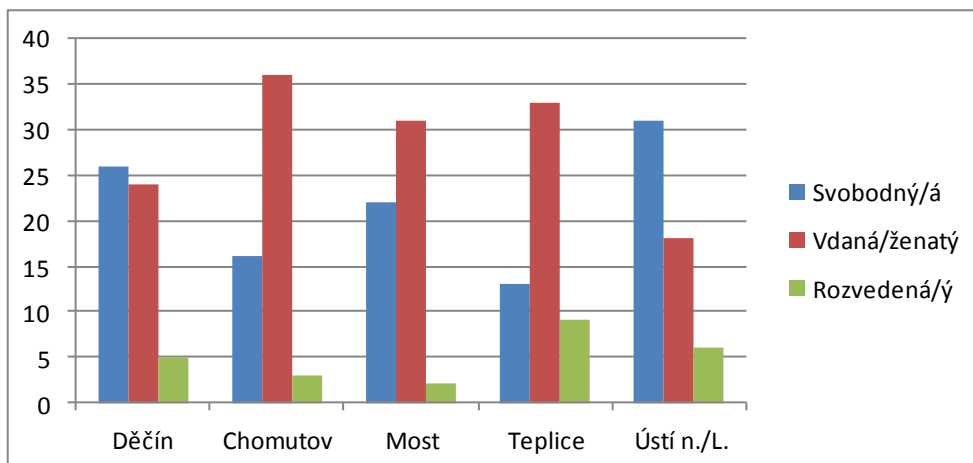
### Výsledky otázky č. 3 zaměřené na zjištění rodinného stavu respondentů:

Otázka věnovaná rodinnému stavu respondentů byla zahrnuta do dotazníkového šetření z důvodu velkého významu rodiny a přítomnosti blízkých lidí, ať už v rámci prevence nebo léčby burnoutu. Zároveň byla z dotazníkového šetření týkajícího se rodinného stavu vyjmuta odpověď vdovec/vdova, neboť žádný z respondentů tuto možnost nezaškrtnul.

Tab. č. 3 - rodinný stav respondentů

Stav	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
Svobodná/ý	26	47%	16	29%	22	40%	13	24%	31	57%
Vdaná/ženatý	24	44%	36	66%	31	56%	33	60%	18	32%
Rozvedená/ý	5	9%	3	5%	2	4%	9	16%	6	11%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 3 - rodinný stav respondentů



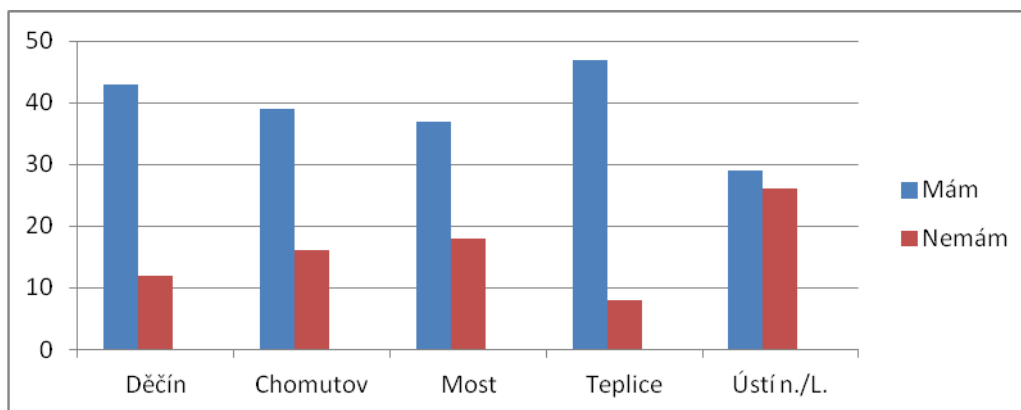
Z celkového počtu dotazovaných se nejvíce vdaných/ženatých respondentů objevuje v chomutovské nemocnici, hned za ní se udržuje teplická nemocnice, která má jen o 10% méně vdaných/ženatých respondentů. Ovšem největší procento svobodných dotazovaných pracovníků je v ústecké nemocnici, což je na základě věkového průzkumu způsobeno i průměrným věkem, který se v této nemocnici pohybuje mezi 21-35 lety.

## Výsledky otázky č. 4 zjišťující, zda respondent má či nemá děti:

Tab. č. 4 - děti

Děti	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
Mám	43	78%	39	71%	37	67%	47	86%	29	53%
Nemám	12	22%	16	29%	18	33%	8	14%	26	47%
Celkem	55	100%	55	100%	55	100%	55	100%	55	100%

Graf č. 4 - děti



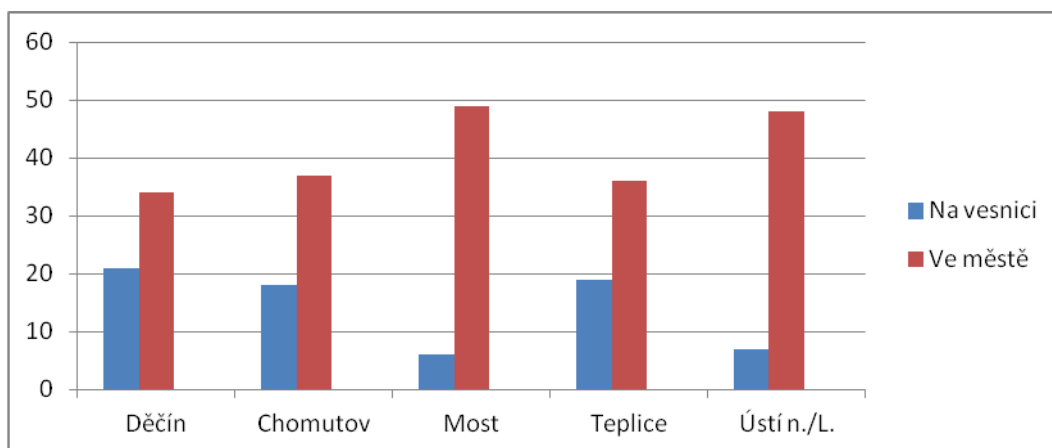
Podle odpovědí respondentů je patrné, že většina dotazovaných má děti. Rodinné zázemí je velice důležité pro prevenci a léčbu vzniku burnoutu. Právě děti jsou dle mnohých odborníků nejlepší formou odreagování se a zaměnění myšlenek jiným směrem, který se naprosto odpoutává od pracovních povinností. Jak již bylo zmíněno výše, rodina a přátelé hrají důležitou roli, protože s nimi můžeme sdílet své pocity a žádat o pomoc v těžkých situacích, které mnohdy mohou vést ke vzniku syndromu vyhoření.

## Výsledky otázky č. 5 zjišťující, místo bydliště:

Tab. č. 5 - bydliště respondentů

Bydliště	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
Na vesnici	21	38%	18	33%	6	11%	19	35%	7	13%
Ve městě	34	62%	37	67%	49	89%	36	65%	48	87%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 5 - bydliště respondentů



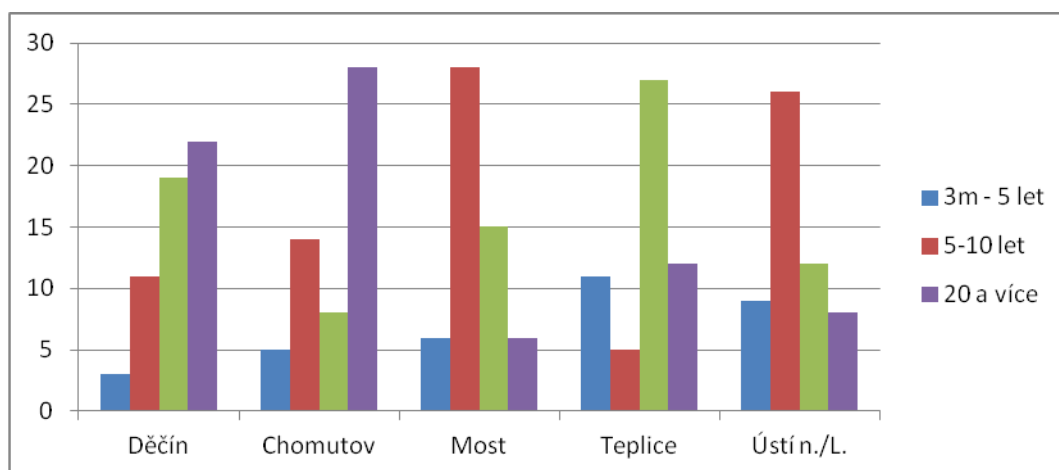
Z dotazníkového šetření vyplývá, že u všech oslovených nemocnic v rámci Krajské zdravotní a.s. jsou její zaměstnanci spíše obyvateli městských částí a měst, ve kterých bydlí než vesnic, jež jsou daným lokalitám přilehlé. S tímto faktem zároveň souvisí otázka týkající se dojíždění do zaměstnání, neboť respondenti žijící na vesnici, se většinou do zaměstnání dopravují autem, ale respondentům žijícím ve městě stačí veřejná hromadná doprava.

## Výsledky otázky č. 6 týkající se délky praxe ve zdravotnictví:

Tab. č. 6 - délka praxe respondentů

Praxe	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
3 m - 5 let	3	5%	5	9%	6	11%	11	20%	9	16%
5-10 let	11	20%	14	25%	28	51%	5	9%	26	47%
10-20 let	19	35%	8	15%	15	27%	27	49%	12	22%
20 a více	22	40%	28	51%	6	11%	12	22%	8	15%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 6 - délka praxe respondentů



Nejmenší zastoupení je v první skupině - respondenti, jejichž délka praxe je v rozmezí od 3 měsíců do pěti let. Celkově se do této skupiny ze všech nemocnic zařadilo 44 dotazovaných. Následující skupina, jež má praxi v rozmezí od pěti do deseti let, obsadila druhou nejnižší pozici v celkovém srovnání jednotlivých nemocnic. Největší počet těchto respondentů zaměstnává mostecká nemocnice společně s nemocnicí ústeckou. Nejvíce zaměstnanců s praxí od deseti do dvaceti let je v teplické nemocnici a v celkovém srovnání všech dotazovaných tvoří nejvyšší počet, celkem 81 dotazovaných z celkového množství má takto dlouhé působení ve zdravotnictví. Poslední skupina respondentů s praxí více jak dvacet let je nejpočetnější v chomutovské nemocnici a nejméně početná v nemocnici mostecké.

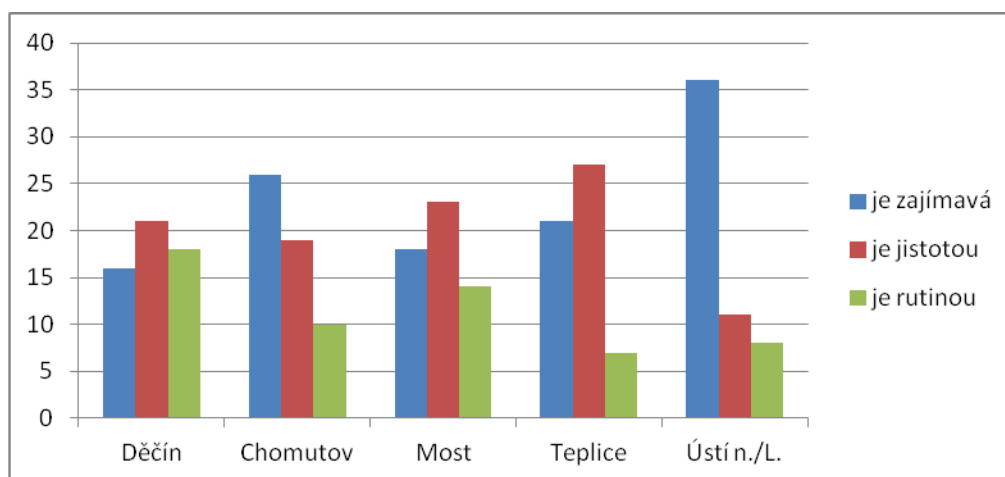
## 2.5 Výsledky výzkumu

### Výsledky otázky č. 7 - Jak hodnotíte svoji práci?

Tab. č. 7 - hodnocení práce respondentů

Hodnocení	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
zajímavá	16	29%	26	47%	18	33%	21	38%	36	65%
jistota	21	38%	19	35%	23	42%	27	49%	11	20%
rutina	18	33%	10	18%	14	25%	7	13%	8	15%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 7 - hodnocení práce respondentů



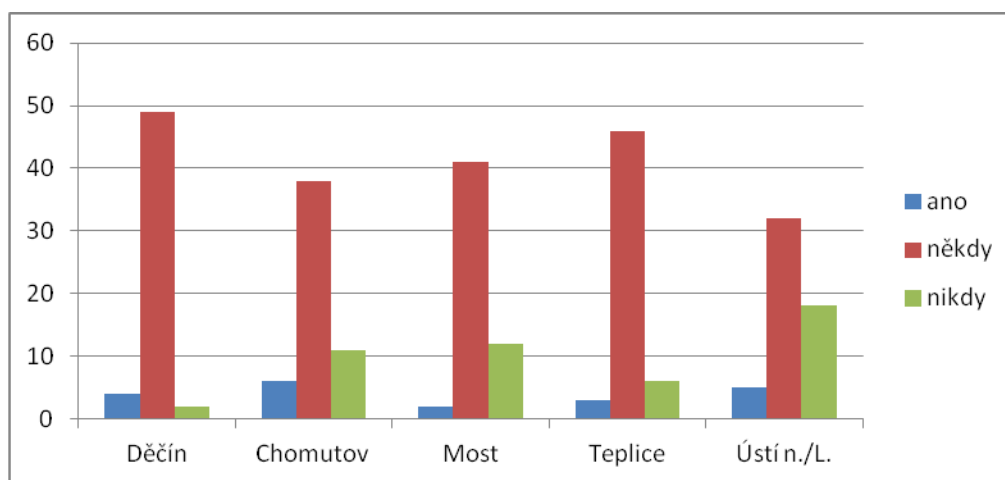
Na základě rozboru jednotlivých nemocnic vyplývá, že ve většině případů je pro zaměstnance práce zajímavá a nepředstavuje pro ně každodenní stereotyp. Největší procento dotazovaných, kteří svoji práci hodnotí tímto způsobem je v ústecké nemocnici, kde je tento fakt zapříčiněn mladší populací, jež je ochotna se neustále rozvíjet a objevovat nové postupy a formy léčby. Naopak nejvyšší procento rutinní práce se vyskytuje v děčínské nemocnici, kde je práce braná jako proces zabezpečující obživu, ale nepřinášející potěšení.

## Výsledky otázky č. 8 - Míváte nepříjemné pocity, když jedete do práce?

Tab. č. 8 - výskyt nepříjemných pocitů

Pocity	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
ano	4	7%	6	11%	2	4%	3	5%	5	9%
někdy	49	89%	38	69%	41	75%	46	84%	32	58%
nikdy	2	4%	11	20%	12	21%	6	11%	18	33%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 8 - výskyt nepříjemných pocitů



U většiny respondentů je patrné, že se „někdy“ s nepříjemnými pocity před začátkem pracovní směny objevují, tyto změny mohou být spojeny nejen s klimatickými změnami, na které jedinci reagují, ale rovněž měnícími se rodinnými vztahy a rodinnou pohodou. Nejvíce respondentů, kteří se potýkají s nepříjemnými pocity při příchodu do zaměstnání, byly ti, jejichž délka praxe je vyšší než 20 let a práce je pro ně spíše každodenní rutinou. Odpověď „nikdy“ byla nejrozšířenější v ústecké nemocnici, kde 33% dotazovaných hodnotí nejen svoji práci, ale i její náplň velmi pozitivně.

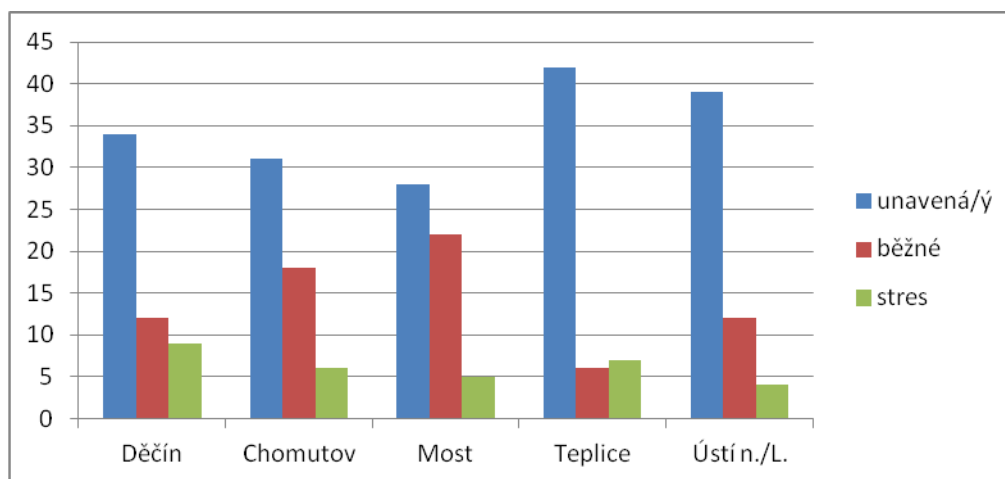


## Výsledky otázky č. 9 - Jaké jsou Vaše pocity, když se vrátíte z práce?

Tab. č. 9 - pocity po návratu z práce

Pocity	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
unavená/ý	34	62%	31	56%	28	51%	42	76%	39	71%
běžné	12	22%	18	33%	22	40%	6	11%	12	22%
stres	9	16%	6	11%	5	9%	7	13%	4	7%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 9 - pocity po návratu z práce



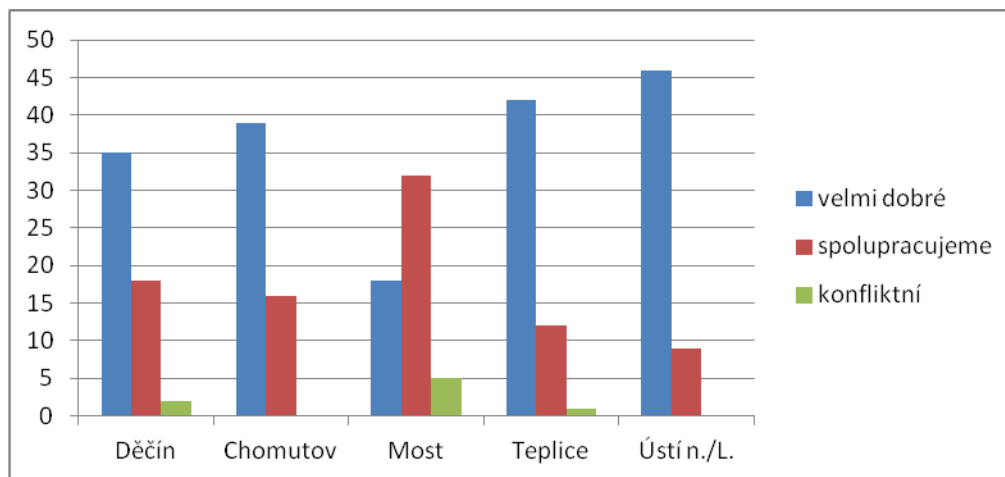
Dle očekávání byla nejčastěji použita odpověď „jsem unavená/ý“, kterou zvolilo 174 respondentů ze všech dotazových, celkem tedy 63%. Z hlediska pracovního vytížení chirurgických oddělení je patrné, že po skončení pracovní směny jsou zaměstnanci unavení, přetížení a nemají zájem o jakékoliv jiné činnosti. Největší počet těchto odpovědí bylo zaznamenáno v teplické nemocnici a následně v nemocnici ústecké. Další odpověď, kterou nejvíce zvolili respondenti mostecké nemocnice, „nemám negativní pocity“ po návratu z práce zvolilo z celkového počtu dotazovaných 70 lidí což je 25% z celkového počtu respondentů. Nezanedbatelné procento ovšem tvoří i ti, kteří se po návratu ze zaměstnání cítí nervózní a ve stresu, neboť z celkového počtu dotazovaných tuto odpověď zvolilo 11% respondentů.

## Výsledky otázky č. 10 - Jaké jsou vztahy na Vašem pracovišti?

Tab. č. 10 - vztahy na pracovišti

Vztahy	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
velmi dobré	35	64%	39	71%	18	33%	42	76%	46	84%
spolupracujeme	18	33%	16	29%	32	58%	12	22%	9	16%
konfliktní	2	3%	0	0%	5	9%	1	2%	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 10 - vztahy na pracovišti



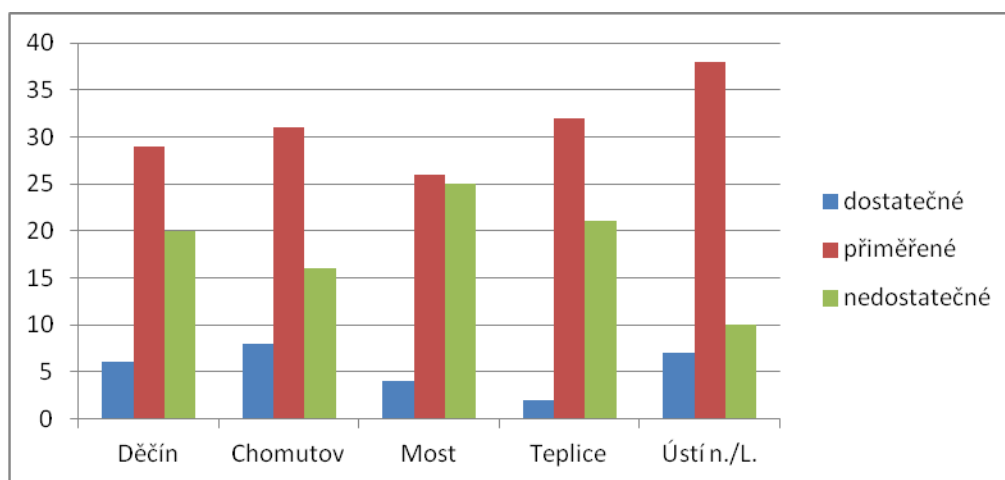
Problematika interpersonálních vztahů se týká každého zaměstnání bez ohledu na zaměření společnosti. V nemocničním prostředí je vzájemná spolupráce a dobré vztahy na pracovišti velmi důležitou složkou každodenní práce, neboť konfliktní prostředí se v mnohých případech dotýká i samotných pacientů, jež jsou v péči daného oddělení. Na základě provedeného šetření se v chomutovské a ústecké nemocnici neobjevují žádné konfliktní interpersonální vztahy, oproti tomu v mostecké nemocnici je toto procento téměř alarmující, neboť z 55 respondentů 5 označilo prostředí, ve kterém pracují jako konfliktní a nepřátelské, což je 9% dotazovaného nelékařského personálu chirurgického oddělení mostecké nemocnice.

## Výsledky otázky č. 11 - Jste spokojeni s finančním ohodnocením Vaší práce?

Tab. č. 11 - finanční ohodnocení

Ohodnocení	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
dostatečné	6	11%	8	15%	4	7%	2	4%	7	13%
přiměřené	29	53%	31	56%	26	47%	32	58%	38	69%
nedostatečné	20	36%	16	29%	25	46%	21	38%	10	18%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 11 - finanční ohodnocení



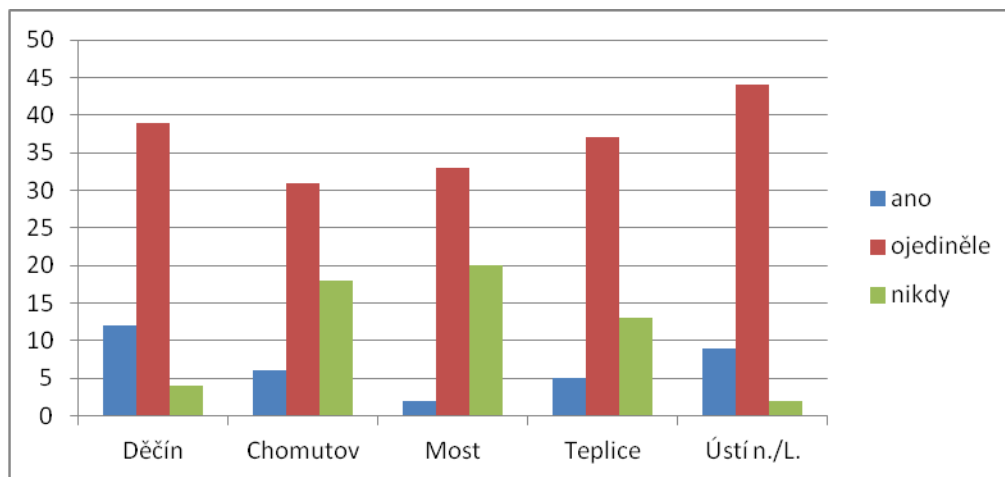
Z celkového počtu 275 respondentů považuje 57% finanční ohodnocení své práce za přiměřené, 33% za nedostatečné a 10% dotazovaných jsou se svojí mzdou spokojeni a považují ji za dostatečnou. Výsledky týkající se finanční stránky jsou z hlediska jednotlivých nemocnic zkrácené a nemůže na ně být kladen velký důraz, neboť každá nemocnice má chirurgické oddělení v jiném stádiu vývoje (např. ústecká nemocnice má rozšířené oddělení s chirurgickou tematikou a spadá sem i úrazová klinika). Nejnegativněji otázku finančního ohodnocení hodnotí zaměstnanci mostecké a děčínské nemocnice.

## Výsledky otázky č. 12 - Jste kromě finanční odměny motivován i jiným způsobem?

Tab. č. 12 - motivace ze strany zaměstnavatele

motivace	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
ano	12	22%	6	11%	2	4%	5	9%	9	16%
ojedinele	39	71%	31	56%	33	60%	37	67%	44	80%
nikdy	4	7%	18	33%	20	36%	13	24%	2	4%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 12 - motivace ze strany zaměstnavatele



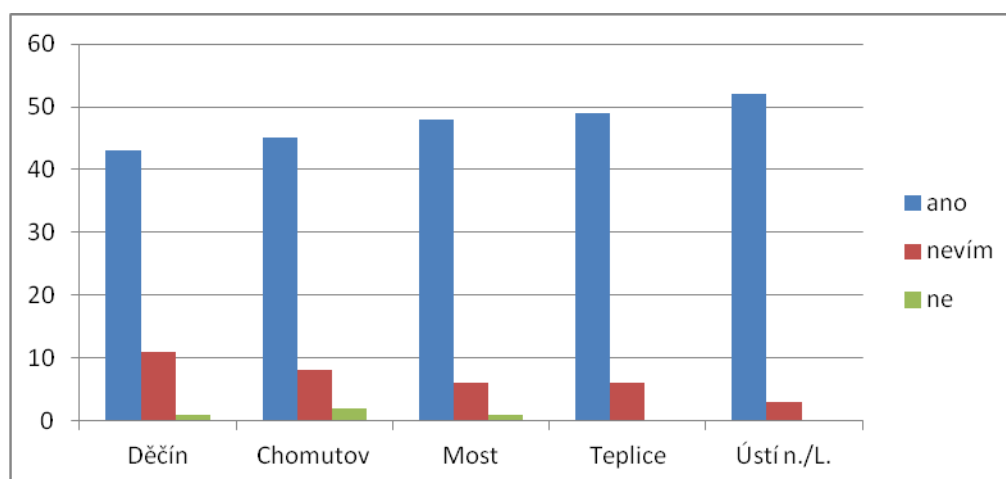
Z uvedeného grafu a tabulky vyplývá, že největší počet dotazovaných je ze strany svého přímého nadřízeného motivován ojedinele. Překvapivě vysoké procento respondentů odpovědělo na tuto otázku negativně a to, že od svého nadřízeného nejsou nijak motivováni a orientováni k lepším pracovním výsledkům. Nejmenší procento respondentů odpovědělo, že ze strany svého nadřízeného se jim dostává pravidelné motivace podporující jejich pracovní nasazení.

## Výsledky otázky č. 13 - Máte k dispozici psychologa, kdybyste potřebovali konzultaci?

Tab. č. 13 - přítomnost psychologa

psycholog	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %	AČ v N	RČ v %
ano	43	78%	45	81%	48	87%	49	89%	52	95%
nevím	11	20%	8	15%	6	11%	6	11%	3	5%
ne	1	2%	2	4%	1	2%	0	0%	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

Graf č. 13 - přítomnost psychologa



Z vyhodnocení této položky dotazníkového šetření vyplývá, že 237 respondentů z celkového počtu 275 jsou o možnosti využití psychologické pomoci informováni a mohou ji aktivně v případě potřeby využít. Pouze 4 respondenti nemají možnost psychologické konzultace a 34 dotazovaných se o tuto oblast nezajímá a nedokáže s určitostí odpovědět. Psychologická podpora v Krajské zdravotní a.s. je zapříčiněna nejen množstvím odborných pracovníků, ale i rozvinutou kaplanskou péčí, která se v nemocnicích velice ujala a nejen zaměstnanci, ale i pacienti a rodinní příslušníci mají možnost konzultace a odborné rady od kaplanů, jež mají adekvátní psychologické vzdělání a mnohdy jsou důležitou součástí složitých případů, kde pouze lékařská péče nestačí.

## 2.6 Vyhodnocení přítomnosti syndromu vyhoření u respondentů

Jak již bylo popsáno v úvodu, část dotazníkového šetření byla zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u jednotlivých respondentů a výše míry, v níž je burnout u respondentů odhalen. K tomuto šetření byl použit dotazník od autorů C. Henniga a G. Kellera (1996) a dotazník od autorky Potterové (1997), který je složen z 31 specifických situací, u nichž si respondenti měli vybrat tu, která se nejvíce přibližovala jejich pocitům a skutečnosti. Všichni dotazovaní volili četnost výskytu uvedené situace a k dispozici měli číselnou škálu od nuly do čtyř, kde nula představovala zřídka nebo nikdy se nevyskytující situaci a čtyřka popisovala stále se opakující a přetrvávající situaci.

Sečtené body pak udávají míru přítomnosti syndromu vyhoření u dotazovaných, přičemž nejnižší možný počet bodů byl nula a nejvyšší možný počet byl 124 bodů. Riziko burnoutu v konkrétních případech vzrůstá v přímé úměrnosti se vzrůstajícím počtem dosaženého bodového ohodnocení.

Přítomnost syndromu vyhoření a jeho míra výskytu byla hodnocena v závislosti na věku respondentů, dosažené délky praxe ve zdravotnictví, na základě hodnocení interpersonálních vztahů na pracovišti a zároveň podle přítomnosti psychologické či odborné pomoci pro potřebu konzultace či zabezpečení prevence burnoutu. Míra vyhoření byla rovněž pozorována a klasifikována s ohledem na rodinné zázemí.

V závěrečné podkapitole se zaměříme především na otázku, která osobnostní rovina respondentů je nejvíce ohrožena a ovlivněna syndromem vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu.

Veškeré výsledné hodnoty jsou uváděny v aritmetických průměrech hodnot (dále jen APH), jež byly dosaženy v jednotlivých položkách dotazníkového šetření zaměřeného na výskyt burnoutu.

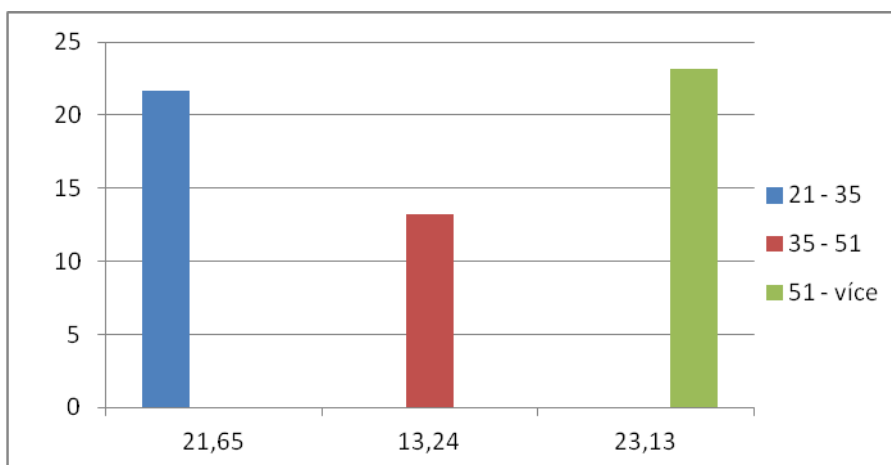
## Intenzita výskytu syndromu vyhoření v závislosti na věku respondentů:

Tab. č. 14 - výskyt burnoutu v závislosti na věku

Věk	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH
21-35	33	22,04	31	18,91	37	24,57	28	15,26	43	27,48
35-51	18	16,71	22	15,51	15	10,77	22	15,25	11	7,94
51 a více	4	6,03	2	2,97	3	4,94	5	7,74	1	1,45
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>14,93</b>	<b>55</b>	<b>12,46</b>	<b>55</b>	<b>13,43</b>	<b>55</b>	<b>12,75</b>	<b>55</b>	<b>12,29</b>

Stejně jako ve výše uvedené anamnestické části dotazníku, i zde byli respondenti rozděleni do tří věkových skupin a míra výskytu syndromu vyhoření byla hodnocena s ohledem na jednotlivé nemocnice, ale i na celkové kategorie. Pokud bychom se zaměřili na jednotlivé věkové kategorie, tak věková skupina „51 let a více“ se vyznačuje jako nejvíce ohroženou skupinou, neboť míra přítomnosti výskytu burnoutu byla nejvyšší (23,13 bodových hodnot). O pouhých 1,48 bodových hodnot méně získala věková skupina v rozmezí „21 - 35 let“, u které byl celkový počet dosažených bodů 21,65. Nejnižší přítomnost syndromu vyhoření byla pozorována u střední věkové kategorie „35 - 51 let“, jež měla průměrný počet 13,24 bodů a tím zároveň potvrdila, že nejmenší riziko ohrožení syndromem vyhoření se objevuje především v tomto věkovém rozpětí.

Graf č. 14 - výskyt burnoutu v závislosti na věku



## Intenzita výskytu syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe respondentů:

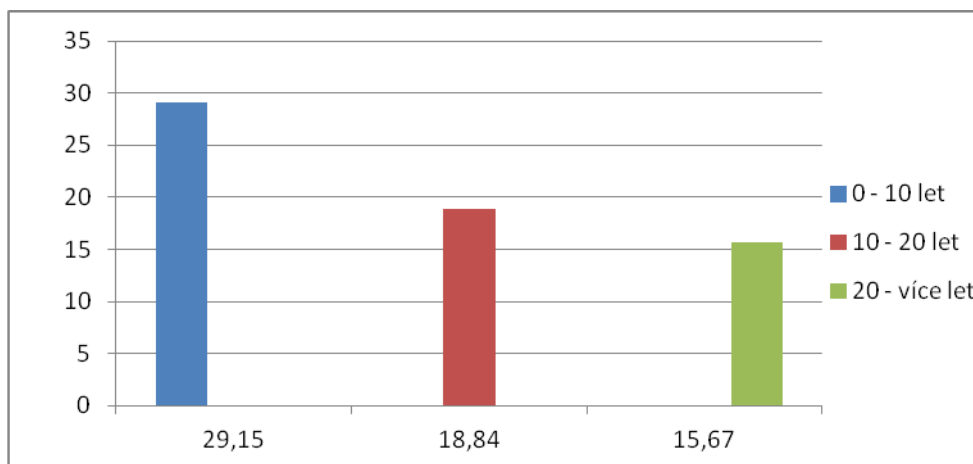
Tab. č. 15 - výskyt burnoutu v závislosti na délce praxe

Praxe	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH
0-10 let	14	17,03	19	26,61	34	39,32	16	24,29	35	38,51
10-20 let	19	23,12	8	11,78	15	13,94	27	31,11	12	14,26
20 a více	22	18,71	28	26,13	6	9,54	12	13,09	8	10,87
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>19,62</b>	<b>55</b>	<b>21,51</b>	<b>55</b>	<b>20,93</b>	<b>55</b>	<b>22,83</b>	<b>55</b>	<b>21,21</b>

V případě vyhodnocení intenzity syndromu vyhoření u respondentů s ohledem na délku vykonávané praxe, byly rovněž zvoleny tři základní skupiny, kde pro větší přehlednost došlo ke sloučení prvních dvou skupin, a byla vytvořena jednotná skupina do deseti let praxe.

29,15 bodů svědčí o nejvyšším riziku výskytu syndromu vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu s délkou praxe do deseti let. Druhou nejvíce ohroženou skupinou jsou respondenti spadající do skupiny, kde je délka praxe ohraničena rozmezím od „10 - 20 let“, která byla vyhodnocena 18,84 body z celkové pohledu hodnocených nemocnic. Nejméně rizikovou skupinou se jeví zaměstnanci, jejichž praxe je vyšší než dvacet let, kteří dosáhli v průměru 15,67 bodů. Nejhuře ze všech v celkovém hodnocení vyšla teplická nemocnice, která s ohledem na dosaženou praxi dosáhla nejvyššího bodového hodnocení respondentů.

Graf č. 15 - výskyt burnoutu v závislosti na délce praxe





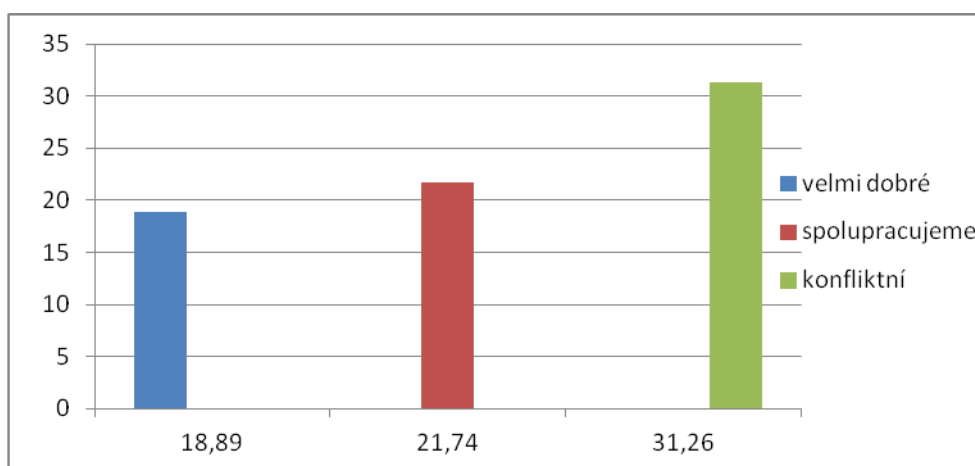
## Intenzita výskytu syndromu vyhoření v závislosti na interpersonálních vztazích:

Tab. č. 16 - výskyt burnoutu v závislosti na interpersonálních vztazích

Vztahy	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH
velmi dobré	35	19,47	39	21,09	18	10,63	42	21,94	46	22,17
spolupracujeme	18	8,61	16	7,54	32	17,49	12	6,87	9	4,11
konfliktní	2	6,96	0	0	5	14,99	1	3,06	0	0
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>11,68</b>	<b>55</b>	<b>14,32</b>	<b>55</b>	<b>14,37</b>	<b>55</b>	<b>10,62</b>	<b>55</b>	<b>13,14</b>

Na základě hodnocení rizika vzniku syndromu vyhoření v závislosti na interpersonálních vztazích na pracovišti se ukázalo, že nejvyšší míra vyhoření se objevuje tam, kde jednotlivý respondenti hodnotili pracovní prostředí jako konfliktní (31,26 bodů). Naopak s nejnižším rizikem vzniku burnoutu se můžeme setkat na pracovištích, kde panuje pozitivní atmosféra a dotazovaní pracovní prostředí hodnotí jako velice dobré a přátelské (18,89 bodů). Zvýšené riziko výskytu syndromu vyhoření je rovněž zaznamenáno na pracovištích, kde jsou interpersonální vztahy hodnoceny v rámci jakési spolupráce bez navázání bližších kolegiálních vztahů (21,74 bodů).

Graf č. 16 - výskyt burnoutu v závislosti na interpersonálních vztazích



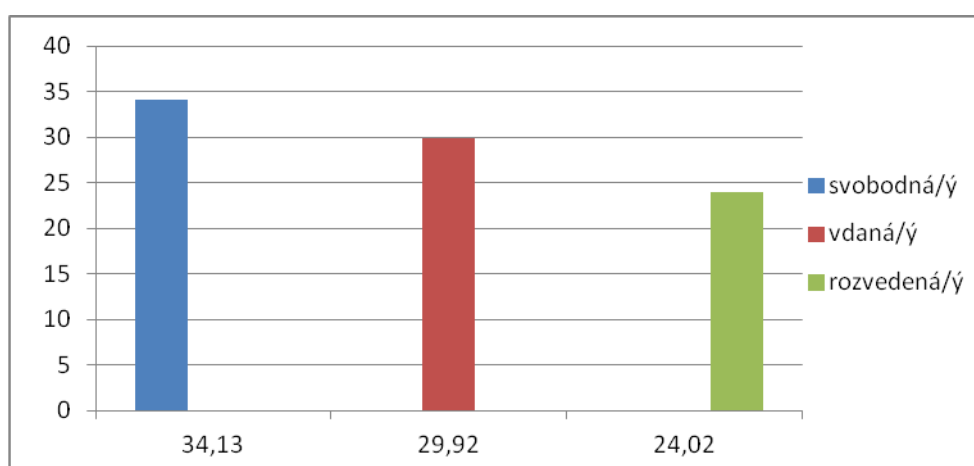
## Intenzita výskytu syndromu vyhoření v souvislosti s rodinným stavem:

Tab. č. 17 - výskyt burnoutu v souvislosti s rodinným vztahem

Stav	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH
Svobodná/ý	26	41,08	16	25,28	22	34,76	13	20,54	31	48,98
Vdaná/ženatý	24	25,33	36	36,53	31	32,18	33	33,95	18	21,62
Rozvedená/ý	5	24,18	3	18,35	2	15,47	9	36,16	6	25,94
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>30,19</b>	<b>55</b>	<b>26,72</b>	<b>55</b>	<b>27,47</b>	<b>55</b>	<b>30,21</b>	<b>55</b>	<b>32,18</b>

V uvedené tabulce a grafickém znázornění je patrné, že nejvyššího počtu bodů a tedy i rizika vyhoření dosáhli respondenti, kteří jsou svobodní, celkem 34,13 bodů. S menším odstupem jsou vystaveni riziku vdané a ženatá pracovníci, kteří zvolenými odpovědi v dotazníkovém šetření dosáhli 29,92 bodů a jsou považovány za druhou nejvíce ohroženou skupinu. Nejméně bodů získali respondenti, jejichž rodinný stav je hodnocen odpovědí „rozvedená/ý“, kde celkové bodové hodnocení dosáhlo úrovně 24,02 bodů. I přesto, že bychom předpokládali, že rodinné zázemí může velmi silně ovlivnit vznik syndromu vyhoření, na základě zpracovaných odpovědí tomu tak není.

Graf č. 17 - výskyt burnoutu v souvislosti s rodinným vztahem



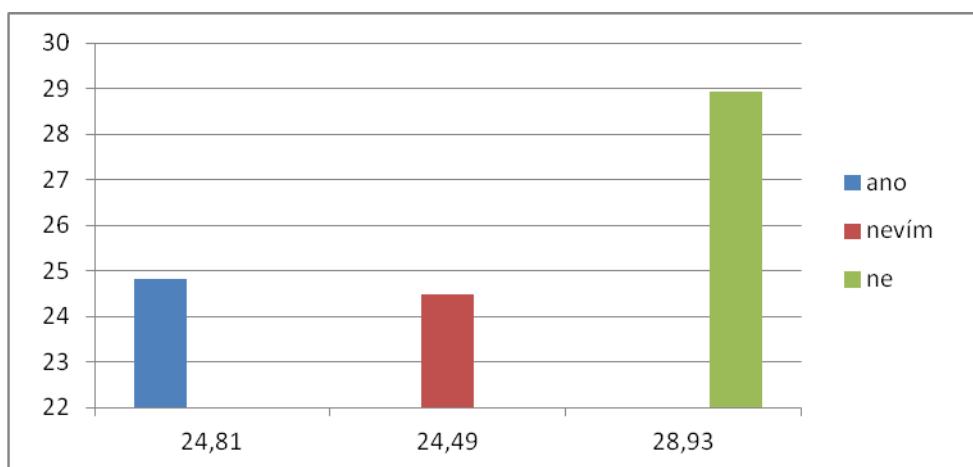
## Intenzita výskytu syndromu vyhoření v souvislosti se zabezpečením psychologické pomoci:

Tab. č. 18 - výskyt burnoutu s psychologickou pomocí

psycholog	Děčín		Chomutov		Most		Teplice		Ústí n./L.	
	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH	Počet	APH
ano	43	22,15	45	23,65	48	24,89	49	25,24	52	28,12
nevím	11	32,01	8	29,18	6	24,52	6	24,52	3	12,26
ne	1	38,16	2	68,36	1	38,16	0	0	0	0
<b>Celkem</b>	<b>55</b>	<b>30,77</b>	<b>55</b>	<b>40,39</b>	<b>55</b>	<b>29,19</b>	<b>55</b>	<b>37,50</b>	<b>55</b>	<b>20,19</b>

Mohli bychom se domnívat, že respondenti, kteří nikdy aktivně nevyhledávali odbornou psychologickou pomoc, se dokáží proti vzniku burnoutu bránit na základě vlastních možností a tuto taktiku považují za správnou a účinnou. Z tabulky vyplývá, že právě tito respondenti jsou nejméně ohroženou skupinou s počtem bodů 24,49. První nejvíce ohroženou skupinou jsou ti, jež nemají možnost se v rámci vykonávání svého zaměstnání obrátit na odbornou pomoc a předejít tak možnému vzniku vyhoření (28,93 bodů). Naopak druhou nejvíce ohroženou skupinou jsou dotazovaní, kteří na svém pracovišti mají možnost využít psychologickou konzultaci (24,81 bodů).

Graf č. 18 - výskyt burnoutu s psychologickou pomocí



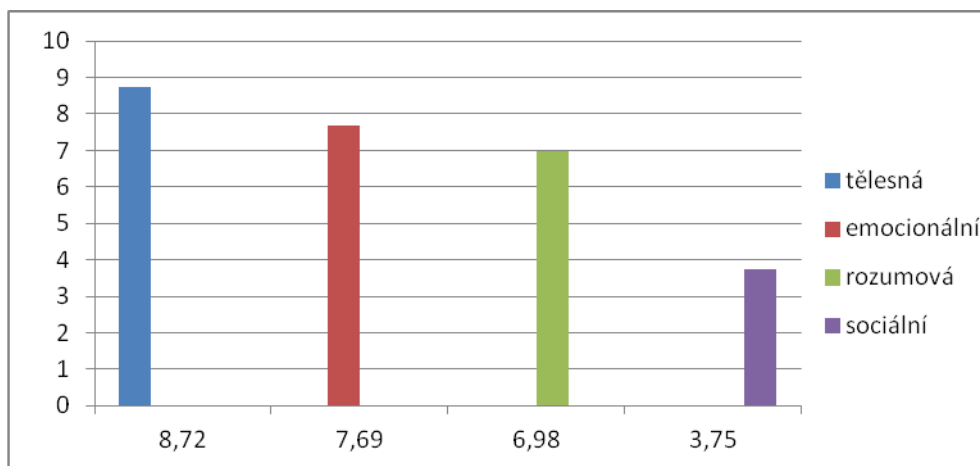
## Míra projevů syndromu vyhoření v jednotlivých osobnostních složkách:

Tab. č. 19 - symptomatologie burnoutu v osobnostních složkách

Osobnostní složky	Míra výskytu APH
Tělesná rovina	8,72
Emocionální rovina	7,69
Rozumová rovina	6,98
Sociální rovina	3,75

Prvotní příznaky vyhoření se nejčastěji objevují v tělesné neboli fyzické rovině, jsou zapříčiněny únavou, nespavostí, nevyhledáváním žádných zájmových aktivit po příchodu ze zaměstnání či ve volném čase. Další nejvíce zasaženou složkou je emocionální rovina, kdy respondenti reagují podrážděně, velice často se dostávají do konfliktů a neradi vyhledávají společnost blízkého či širokého okolí. Nejméně se symptomy objevující syndrom vyhoření vyskytují v sociální složce, kde dotazované osoby dosáhly celkového počtu bodů 3,75.

Graf č. 19 - symptomatologie burnoutu v osobnostních složkách



## 2.4 Ověření hypotéz

V úvodu výzkumné práce bylo zformulováno šest výzkumných hypotéz, některé z nich se podařilo prokázat, některé se ovšem neprokázaly. Následující přehled ukazuje podrobné shrnutí výsledků výzkumné práce založené na dotazníkovém šetření.

Tab. č. 20 - ověření navrhnutých hypotéz

Hypotéza		Platnost
<b>H1</b>	Nejvyšší míra vzniku vyhoření se objevuje u pracovníků spadajících do věkové skupiny 21-35 let.	<b>Neplatí</b>
<b>H2</b>	Respondenti bez rodiny vykazují vyšší procento výskytu burnoutu než ti, kteří mají rodinu a děti.	<b>Platí</b>
<b>H3</b>	Nejvyšší tendence ke vzniku syndromu vyhoření se objevuje u nelékařského zdravotnického personálu s délkou praxe do deseti let.	<b>Platí</b>
<b>H4</b>	Interpersonální vztahy se negativně podílejí na vzniku burnoutu u respondentů.	<b>Platí</b>
<b>H5</b>	Psychologická pomoc snižuje míru výskytu burnoutu u respondentů.	<b>Neplatí</b>
<b>H6</b>	Nejvíce se syndrom vyhoření vyskytuje v tělesné rovině.	<b>Platí</b>

Je všeobecně známo, že povolání zdravotní sestry je velice náročné nejen na fyzickou, ale především na psychickou stránku osobnosti. K vykonávání tohoto povolání je potřeba vysoké fyzické zdatnosti, umění komunikovat s lidmi, kteří ve většině nelékařského personálu vidí velkou oporu při prožívání vlastních starostí, ale rovněž je zapotřebí velká míra empatie, individuálního a citlivého přístupu k pacientům. Zdravotní personál, jehož praxe je delší a je tedy považován za služebně starší na jednotlivých odděleních, často uplatňuje jakýsi stereotypní postup nejen v přístupu k pacientovi, ale i v přístupu k vykonávané práci. Na druhé straně jsou to nováčci neboli pracovníci s nižší praxí, u nichž stále převládá vysoké nasazení a celkové očekávání od vykonávané profese, kteří jsou ochotni hledat nové způsoby v péči o pacienty, a nedělá jim problém vykonávat jinou práci nad rámec svých povinností. Jak uvádí odborná literatura, tak právě tito zaměstnanci jsou nejvíce ohroženi syndromem vyhoření, neboť jejich prvotní „zapálení“

pro profesi je tak vysoké, že přes potřeby druhých zapomínají na vlastní zájmy a odpočinek. Později ovšem zjistí, že jejich vložené úsilí a do výkonu zvoleného povolání převládá nad ziskem, a tím jsou otevřeny dveře pro průnik prvních příznaků burnoutu.

I přes vysokou náročnost vykonávané profese nelékařského zdravotního personálu, hodnotí většina dotazovaných svoji práci za zajímavou, konkrétně 76% dotazovaných z celkového počtu. A více než polovina respondentů prokazuje spokojenost se svým finančním ohodnocením, které získává za svoji práci.

Prvním stanoveným cílem této práce bylo zjistit, ve které věkové skupině je největší riziko vzniku syndromu vyhoření u dotazovaných. V souvislosti s tímto cílem byla rovněž stanovena první hypotéza, jež předpokládá, že nejvyšší míra vyhoření se objevuje u věkové skupiny 21 - 35 let.

### **1. Nejvyšší míra vzniku vyhoření se objevuje u pracovníků spadajících do věkové skupiny 21-35 let.**

Na základě věku byli respondenti rozděleni do třech základních skupin, ve kterých se zjišťovala míra výskytu syndromu vyhoření. Stanovená hypotéza, jež byla určena na začátku výzkumu, ovšem nebyla potvrzena. Největší míra vyhoření se objevuje u nelékařského zdravotnického personálu, který je zahrnut do věkové skupiny 51 let a více. Ačkoliv v této kategorii nebylo nejvyšší obsazení, vykazuje tato skupina největší známky burnoutu. Druhou nejvíce ohroženou skupinou je nejnižší věkové rozmezí, které mohli dotazovaní zvolit a to 21 - 35 let, která je nejpočetněji zastoupená. Nejméně ohrožení jsou respondenti, kteří dosáhli věku 35 - 51 let.

Pokud bychom se do hloubky zamysleli nad tímto problémem, je patrné, že s přibývajícím věkem dochází k „otupělosti“ nelékařského zdravotního personálu, který postupně bere svoji profesi pouze jako jistý zdroj příjmů bez ohledu na vlastní spokojenost s vykonávanou prací. Respondenti ve věku 51 let a více již mají určitý kus života za sebou a jejich životní role se zužují do určité formy stereotypu, neboť role rodiče jako vychovatele již skončila, rodinné zázemí se z početné rodiny mění na soužití s manželem či manželkou a ve většině případů si mnozí z nás nechtějí připustit fakt, že jsou již méně potřební, než tomu bylo doposud, a proto mají větší sklony k depresím, vnitřnímu nepokoji a pocitu selhání, které jsou nejlepším předpokladem pro vznik syndromu vyhoření. Více se

zaobírají vlastním životem, myšlenkou nad tím jak vykonávají svojí práci a jakým směrem se jejich život ubírá.

Dalším ovlivňujícím faktorem pro syndrom vyhoření je délka praxe, neboť při dlouhodobém vykonávání zaměstnání dochází k jakémusi automatickému mechanismu, který si zaměstnanci vytvoří a vykonávání jejich povinností, kdy se omezují jen na vykonávání základních a nezbytně nutných činností, ošetrovatelská péče se omezuje na uspokojení primárních potřeb, ale již nevěnuje pozornost pacientovi a pacient i jeho rodina se pro zdravotníka postiženého syndromem vyhoření stává spíše přítěží.

V souvislosti s prvním cílem byl stanoven i cíl druhý a to zjistit, zda nelékařský zdravotnický personál s praxí do deseti let je ohrožen výskytem vyhoření.

## **2. U nelékařského zdravotnického personálu s délkou praxe do deseti let je zvýšená tendence ke vzniku burnoutu.**

Stejně jako u předchozího cíle, i zde byli respondenti rozděleni do tří skupin podle délky vykonávání jejich praxe ve zdravotnictví. Dle předpokládaných očekávání bylo nejvyšších hodnot dosaženo u respondentů, jejichž délka praxe odpovídá rozmezí praxe do deseti let. Tato skupina byla i nejpočetnější skupinou v rámci výzkumu a získala 29,15 bodů. Druhý nejvyšší počet získala skupina, jejíž délka praxe je v rozmezí 10 - 20 let, kdy se od sebe tyto skupiny lišili 10,31 body, což je podle počtu dotazovaných vysoký skok. Nejméně postiženou skupinou můžeme označit respondenty, jejichž délka praxe je v rozsahu 20 let a více, tedy respondenti, kteří se svému povolání věnují nejdéle (15,67 bodů). Rozdíl bodové intenzity vyhoření mezi posledními dvěma skupinami není tak vysoký, a tak bychom mohli říci, že postupem času získávání praxe se respondenti stávají méně náchylní na ohrožení syndromu vyhoření a dokáží se mu více bránit.

Respondenti s praxí do deseti let přicházejí do práce s vysokým nadšením a očekáváním, které je postupem času buď prokázáno, nebo většinou spíše vyvráceno (záleží i na vybraném oddělení, kde se personál vyskytuje a proměnlivosti jeho každodenní práce). Tito zaměstnanci očekávají, že jejich práce bude rozvíjet jejich získané teoretické zkušenosti a každý den bude jiný, ale mnohdy se ukáže, že téměř všechny dny strávené v práci jsou stejné a jen málokdy se vyskytne nějaká změna odkloňující pravidelný stereotyp.

Stanovena hypotéza, že nejvyšší tendenci ke vzniku burnoutu má zdravotnický personál s délkou praxe do deseti let byla tedy potvrzena.

Při klasifikaci rizikových faktorů pro rozvoj syndromu vyhoření odborná literatura velice často zmiňuje i fakt interpersonálních vztahů na pracovišti. Pozitivní atmosféra a uvolněnost v ošetrovatelských týmech může působit jako preventivní opatření před jeho vznikem, ale může tomu být i naopak pokud je situace na pracovišti negativní až konfliktní.

Další cíl se zaměřuje na zjištění, zda nepřátelské a konfliktní vztahy na pracovišti a mezi pracovníky mohou podílet na vzniku syndromu vyhoření či nikoliv. V této souvislosti byla stanovena i další pracovní hypotéza.

### **3. Negativní vztahy na pracovišti mezi zdravotnickým personálem se podílejí na vzniku syndromu vyhoření u dotazovaných respondentů.**

V položce týkající se interpersonálních vztahů na pracovišti většina dotazovaných odpověděla, že jsou jednotlivé vztahy velmi dobré a míra výskytu syndromu vyhoření byla v průměru 18,89 bodů. Naopak nejvyšší průměrný počet bodů 31,26 a zároveň nejvyšší míra výskytu burnoutu je patrná u nelékařského zdravotnického personálu, jehož pracovní prostředí je označeno za nepřátelské až konfliktní a jednotlivé vztahy jsou hodnoceny negativně. Respondenti, jež označují interpersonální vztahy za pozitivní, kde dochází ke společné spolupráci, ale respondenti se spolu nepřátelí, dosáhli bodového hodnocení 21,74 bodů.

Na základě tohoto zjištění můžeme tedy říci, že nejvyšší riziko vzniku syndromu vyhoření se objevuje na pracovišti, kde panují negativní vztahy mezi jednotlivci, což potvrzuje naši hypotézu. Dochází k rivalitě mezi spolupracovníky, nepředávání kvalitních a ucelených informací o pacientovi a zároveň tak dochází ke zhoršení komunikace v celém ošetrovatelském týmu a k následnému zhoršení péče o pacienta. Na rozvoji burnoutu mají podíl i jiné stresující situace, se kterými se respondenti během výkonu svého zaměstnání mnohdy setkávají. Za nejvyšší stresory je považováno nepřiměřené chování pacientů vůči zdravotnickému personálu a stále více narůstající administrativa spojená s tímto povoláním.



Dalším cílem je zjistit míru vyhoření v souvislosti s rodinným vztahem respondentů. Na tento cíl rovněž navazuje i následující hypotéza.

#### **4. Riziko vzniku syndromu vyhoření je větší u svobodných respondentů, kteří nemají děti a rodinu.**

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvyšší míra vzniku syndromu vyhoření se vyskytuje u svobodného nelékařského zdravotnického personálu (34,13 bodů). Druhý nejvyšší počet dosahují vdané respondenty a ženatí respondenti. Nejnižší míru vyhoření 24,02 bodů je patrná u dotazovaných, kteří svůj rodinný stav klasifikovali stavem rozvedená/ý.

Vzhledem k tomu, že většina dotazovaných z posledních dvou skupin uvedla, že má děti, dá se domnívat, že přítomnost rodiny a dětí je jedním z účinných způsobů prevence vzniku syndromu vyhoření. Stanovená hypotéza byla tedy potvrzena.

Za jedno z preventivních a účinných opatření proti burnoutu není jen silné a stabilní rodinné zázemí, ale rovněž i přítomnost odborné psychologické pomoci, která má nezastupitelné místo nejen při vzniku syndromu vyhoření, ale zejména při jeho léčbě. Následující cíl spočívá ve zjištění, do jaké míry ovlivňuje vznik burnoutu psychologická pomoc. Zároveň byla stanovena další pracovní hypotéza.

#### **5. Přítomnost psychologické pomoci na oddělení ovlivňuje vznik či prevenci proti burnoutu u dotazovaného nelékařského personálu.**

Nejnižší míru vyhoření prokazuje skupina respondentů (24,49 bodů), která aktivně nevyhledává ani nezjišťuje, zda na svém pracovišti má možnost se obrátit na odbornou pomoc. Jen o několik desetin bodů se dělí od skupiny dotazovaných, kteří mají na svém oddělení možnost konzultace a rady s psychologickým odborníkem (24,81 bodů). Ovšem nejvíce ohroženou skupinou lidí jsou ti respondenti, z jejichž odpovědí vyplývá, že v rámci svého povolání nemají možnost se na svém pracovišti obrátit na odborníka, který by jim pomohl a preventivně je chránil před vznikem burnoutu (28,93 bodů).

Stanovená hypotéza týkající se prospěšnosti odborné pomoci na pracovišti potvrzena nebyla, neboť v našem dotazníkovém šetření bylo prokázáno, že respondenti,

kterí se o možnost psychologické pomoci nestarají a ani si nejsou vědomi, zda mají tuto možnost na svém pracovišti, jsou na tom o 0,32 bodů lépe nežli ti, kteří odbornou pomoc na pracovišti mají. Pokud bychom ale tuto situaci měli shrnout celkově, je potvrzeno, že pokud je možnost odborné pomoci na pracovišti, snižuje se riziko výskytu syndromu vyhoření než tam, kde respondenti vědomě vědí, že tuto možnost nemají.

Jak bylo již zmíněno v praktické části, syndrom vyhoření se objevuje ve všech osobnostních rovinách a při jeho výskytu dochází k řetězové reakci, kdy na základě jednoho podnětu dochází k postupnému oslabování a vyvolávání dalších příznaků v ostatních rovinách. V poslední části dotazníku byla za úkol zjistit, jaká složka je u dotazovaných nejvíce postižena a zasažena vznikem syndromu vyhoření.

## **6. Nejvíce se projevuje symptomatologie syndromu vyhoření v tělesné rovině.**

Průměrně nejvyššího počtu bodů dosahuje tělesná neboli fyzická rovina (8,72 bodů). Z toho vyplývá, že nejvíce příznaků syndromu vyhoření jsou pozorovatelné právě v této oblasti. Mezi nejčastěji zvolené položky z tělesné roviny patří možnost „trpím bolestmi hlavy“ stejně jako „trápí mě poruchy spánku“.

Druhého nejvyššího počtu dosahuje citová neboli emocionální rovina (7,69 bodů). Dotazovaní respondenti mnohdy uvádějí, že se nedovedou radovat ze své práce. Rozumová rovina v průměru dosahuje 6,98 bodů, kde nejvíce pochybností zaznamenávají dotazovaní v oblasti týkající se jejich profesionality a dovedností, postupně se objevující nezájem o vystudovaný obor a účast na celoživotním vzdělávání jen míru burnoutu zvyšují a prohlubují.

Nejmenší míra vyhoření je patrná v sociální rovině (3,75 bodů), kde celková problematika syndromu vyhoření zasahuje do interpersonálních vztahů a narušuje tak rodinné vztahy. V této rovině dominuje dotazníková položka „přemýšlím o odchodu ze zaměstnání“.

Z výsledků této části vyplývá, že stanovená hypotéza byla potvrzena.

Z celkového pohledu na respondenty a jejich odpovědi můžeme říci, že v průměru se u každého dotazujícího v určitém ohledu vyskytují některé složky alarmující vznik syndromu vyhoření, na druhou stranu ovšem v ostatních určujících parametrech tyto

hodnoty nevykazují. Znamky přítomnosti burnoutu jsou u všech zúčastněných respondentů, ale žádné hodnoty nedosahují hraničních bodů, které by respondenty označovali jako „vyhořelé“.

## 2.5 Diskuze

V této kapitole Diplomové práce se zaměříme nad výsledky empirické části a uvedeme jejich srovnání se studii jiných autorů zaměřujících se na tuto problematiku. Pokud bychom se zaměřili na otázku týkající se syndromu vyhoření a jeho výskytu v osobnostních rovinách, můžeme konstatovat, jak vyplynulo i z našeho výzkumu, že nejvyšší procento výskytu burnoutu se objevuje v tělesné rovině. Nelékařský zdravotnický personál vykazuje nižší míru emocionálního vyčerpání a to jak z hlediska síly, tak i z hlediska frekvence pocitů vyčerpání. Tento fakt je možné vysvětlit tím, že během směřování do syndromu vyhoření, tedy když narůstá emocionální vyčerpání, převažuje u člověka depresivní ladění a své konání shledává marným, přestal v něm již vidět smysl (Kebza, Šolcová, 2003).

S touto otázkou je úzce spojený i pohled na rodinný stav respondentů. Jak již bylo popsáno výše, bylo prokázáno, že respondenti, kteří jsou vdaní/ženatí vykazují menší míru výskytu syndromu vyhoření než respondenti svobodní. Tato skutečnost se odráží ve vnímání vlastního života a jeho spokojenosti s ním. Jestliže v sobě nacházíme alespoň malé osobní uspokojení, máme mnohem větší možnost vyvarovat se syndromu vyhoření a nepodlehnout tak jeho prvotním příznakům. Toto zjištění je v souladu s teorií, že lidé bývají spokojeni a šťastní, když v životě nachází smysl (Frankl, 1997). Ve srovnání se studií R. Honzáka (2009), který se zaměřoval především na zdravotnický personál v Psychiatrické léčebně Horní Bečkovice, jsme dospěli k podobným výsledkům, neboť i v jeho výzkumné práci se jako nejméně ohrožení respondenti označují ti, jejichž osobní uspokojení je průměrné či nadprůměrné a jejich emocionální vyčerpání je zanedbatelné. Respondenti tedy mají možnost se při návratu ze zaměstnání orientovat na rodinu a své vlastní emocionální vyrovnání se s pracovním zatížením.

Významný vztah v souvislosti s rodinným stavem je i zájem o volnočasové aktivity respondentů. Pokud bychom se zamysleli nad touto otázkou, dospějeme k názoru mnohých

autorů, kteří interpretují názor, že pokud dochází k vykonávání osobních zálib a aktivit (ať už spojených stráveným časem s dětmi, vymyšlení společného volnočasového programu či zaměření se na vlastní zájmy a záliby), eliminuje se riziko výskytu syndromu vyhoření a dochází zároveň k jakési prevenci proti burnoutu, protože právě díky zálibám získává člověk širší rozsah oblastí, ve kterých se může odreagovat a realizovat se. Lidé, kteří odsouvají své vlastní zájmy, jsou syndromem vyhoření ohroženi více (Stock, 2010, Volmerová, 1998). Zároveň toto zamyšlení může potvrzovat tvrzení, že osoby, které již syndromu vyhoření podléhají, žádný čas a sílu na aktivity ve volném čase nemají (Křivohlavý, 1998).

V naší výzkumné části jsme rovněž porovnávali vztah syndromu vyhoření v závislosti na věku a délce vykonané praxe ve zdravotnickém sektoru. Při bližším porovnání této skutečnosti není statisticky dokazatelný vztah mezi věkem a délkou praxe respondentů, takže v oblasti tohoto tvrzení jsme v souladu s tvrzením V. Kebzy a I. Šolcové (2003), kteří rovněž pokládají věk i délku praxe za neutrální faktor. Ch. Maslach (2001) ovšem ve své studii prokazatelný statistický vztah mezi věkem a syndromem vyhoření prokázala, neboť vyšší míra vyhoření byla pozorována u mladších a méně zkušenějších respondentů. Nicméně ve své studii dodává, že je mnoho intervenujících proměnných, které mohou získané výsledky zkreslovat, neboť například pokud se v mládí člověk ve svém zaměstnání zklame a nesplňuje jeho prvotní očekávání, najde si jiné, a tak by na svých pozicích měli zůstat jen ti spokojenější. Na druhou stranu, je pro člověka postihnutého syndromem vyhoření velmi obtížné zaměstnání opustit (Vašina, 2011). Jelikož nelze jednoznačně prokázat vztah ve studii Ch. Maslach a v této otázce se setkáváme s velice rozdílnými názory a pohledy na věc, přikláníme se k názoru V. Kebzy a I. Šolcové (2003), že věk není pro rozvoj syndromu vyhoření určující.

Respondenti, kteří si bez ohledu na délku praxe stěžovali na špatný kolektiv a negativní atmosféru na pracovišti, zejména na interpersonální vztahy mezi jednotlivými kolegy, často vyjadřovali i nezájem ze strany zaměstnavatele či nadřízeného vůči jejich osobě, neboť chtějí, aby se druzí zajímali o jejich život a byli ochotni jim v případě potřeby pomoci (Mikšík, 2004). V této oblasti je největší prostor právě pro přímého nadřízeného či samotného zaměstnavatele, aby se postaral o psychickou vyrovnanost svého podřízeného, dostatečně se zajímal o zdraví a duševní vyrovnanost zaměstnance a docílil tak lepších interpersonálních vztahů nejen v souvislosti se smýšlením a vnímáním přímého

nadřízeného, ale rovněž i celého kolektivu, ve kterém se vyskytuje, protože špatný kolektiv na pracovišti, kde chybí kolegiální a vzájemná soudržnost mezi pracovníky, bývá pocíťován jako ohrožující a vyvolává stres (Stock, 2010).

## **2.6 Preventivní opatření pro praxi**

Výsledky, které jsme zaznamenali v empirické části této práce, by mohli sloužit řídicím pracovníkům jednotlivých oddělení, bez zaměření na specifikaci, k inspiraci, se kterými tématy je nejlepší začít při zlepšování pracovních podmínek a celkového pracovního prostředí na oddělení. Tyto poznatky lze rovněž využít při tvorbě preventivních programů zaměřených na prevenci syndromu vyhoření, které by mohly prohlubovat prožitky smysluplnosti a pomoci objevovat nové hodnoty pro jedince.

Nejdůležitějším opatřením proti vzniku burnoutu je odborná pomoc při jakýchkoliv problémech nelékařského zdravotnického personálu. Jistota, že může zaměstnanec své problémy s někým řešit je bránou k otevření důvěry mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, neboť oba by měli mít pocit, že jeden bez druhého nemohou své poslání v nemocnici vykonávat a proto je zapotřebí udělat vše co je v silách nadřízeného, aby mohl zabezpečit svému zaměstnanci to, co má pozitivní vliv na jeho psychickou stránku.

Jak je popsáno v mnohých odborných publikacích, nejlepším preventivním opatřením pro vznik syndromu vyhoření je dodržování dostatečného odpočinku a relaxace, kdy si člověk udělá čas sám pro sebe. Z tohoto hlediska bych doporučovala jednotlivým oddělením, aby pro své pracovníky vytvořili motivační relaxační pobyty, které by byly odměnou za dobře vykonanou práci. Tyto pobyty by mohli být rovněž spojené s odbornou přednáškou zaměřující se na kvalifikaci daného oddělení. Pracovník by tak získal nejen zasloužený odpočinek spojený s relaxačním pobytem, ale i by se začlenil do celoživotního vzdělávání nenásilnou formou. V tomto směru by se zaměstnavatelé nebo nejbližší nadřízení měli zamyslet nad pravidly odměňování neboť zastínění nebo upřednostňování některých zaměstnanců by u ostatních mohlo vést k rychlejšímu rozvoji burnoutu. Každý zaměstnanec by měl vědět, že je v jeho silách o odměnu bojovat a že má stejně velkou šanci na výhru a odpočinek jako kdokoliv jiný.

Další možností vedoucí k preventivnímu opatření je krátké cvičení sloužící k uvolnění se v průběhu dne, kdy je na nás vykonáván nátlak, nebo prožíváme stresové období. Toto cvičení je velice účinné i před spaním:

- uvolníme se
- zavřeme oči a soustředíme se na své dýchání (klidný nádech a výdech)
- zaměříme se na svojí dominantní paži (pravice, levice) a s počítáním do sedmi ji napínáme, pak prudce s výdechem uvolníme
- postupně tak napínáme a uvolňujeme všechny svalové skupiny (paže, ramena, zátylek, krk, obličejové svaly, hrudník, horní část zad, břišní svaly, pravou a levou dolní končetinu).

Mezi napínáním svalových skupin se snažíme o co nejklidnější a soustředěné dýchání. Jednotlivé pořadí procvičování svalových skupin můžeme různě měnit, nejde totiž o posloupnost v jaké je cvičení prováděno, ale o to, abychom se alespoň na chvíli soustředili jen na sebe a na to, co nám říká naše tělo. Na základě tohoto cvičení se dostaneme do fáze jakéhosi uvolnění a klidu, neboť zaměření se na dýchání nám neumožní v danou chvíli průnik jiných negativních myšlenek zapříčiňujících stres.

## ZÁVĚR

Syndrom vyhoření je v posledních letech velice diskutovaným tématem spojeným se vznikem stresu ve společnosti, kdy se jedinci starají především o vysoké sociální a společenské postavení a uznání a zapomínají tak na vlastní potřeby a doplňování osobní energetických rezerv. Od stavu, kdy dojde k úplnému vyčerpání vlastní „nasporené“ energie je už jen malý krůček vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření a jeho prvotním projevům. Burnout má negativní vliv nejen na samotného jedince, ale i na jeho pracovní výkon, osobnost, rodinu a blízké okolí. Syndrom vyhoření bývá mnohdy označován za syndrom prvních let v zaměstnání, kdy vstupujeme do zaměstnání s určitou vizí a předpoklady pro jeho vykonávání, ale později se dostaneme do stavu rezignace, neboť zjistíme, že veškerá vykonaná práce nad rámec našich povinností nemá kladné hodnocení a je brána jako samozřejmost než jako forma obdivu, při které zapomínáme na vlastní potřeby a relaxaci.

Problematice syndromu vyhoření se v dnešní době věnuje mnoho autorů, kteří se stále snaží objasnit všechny formy jeho vzniku a prevence. Nejen profese nelékařských zdravotních pracovníků je jednou z nejohroženějších profesí, ale tyto nástrahy na nás mohou čekat téměř všude, kde se od nás očekává vysoké pracovní nasazení, je na nás vyvíjen určitý stres a především jsme v každodenním kontaktu s lidmi, které musíme operovat, vyjádřit jim porozumění a vyhovět jim v jejich požadavcích.

I přesto, že je povolání se zdravotnickou tematikou velice zajímavé a při prvním pohledu i neobvyklé, měli bychom si uvědomit, že jde především i o povolání velice náročné nejen na psychickou, ale i na fyzickou stránku člověka. U tohoto povolání na nás stresové situace číhají téměř na každém kroku, neboť péče o nevyлéčitelně nemocné pacienty, pacienty trpící bolestí, jejichž trápení se většinou vyhrotí v konfliktní situaci, pohled na umírajícího člověka a trápení jeho příbuzných, to všechno jsou jen malé zlomky toho, co zdravotnický personál musí zvládnout. Není tedy divu, že po návratu z práce se tyto lidé cítí vyčerpaní a nemají zájem o žádnou další činnost.

V teoretické práci této diplomové práce jsme si nastínili, co všechno si můžeme pod pojmem syndrom vyhoření představit, jaké nástrahy obsahuje a co všechno může vyvolat jeho počátek a především jak je těžké se s ním vyrovnat bez pomoci někoho jiného. Odborná literatura nám nabízí nespočet pohledů a doporučení, ale jen my sami

jsme tím, kdo svůj vlastní život řídí a kdo se může postarat o to, abychom se do stavu naprostého vyhoření nedostali. Není sporu o tom, že mnohdy nám může pomoci základní opatření nastavené ze strany zaměstnavatele, které je dodržováno a umožňuje nám, abychom preventivně předcházeli problémům jakéhokoliv druhu.

Praktická část nám ukázala, v jaké míře výskytu se syndrom vyhoření objevuje mezi dnešními zaměstnanci chirurgických oddělení v pěti nemocnicích Krajské zdravotní a.s. Tyto poznatky byly porovnávány nejen jako celek, ale zároveň se zaměřili na jednotlivé nemocnice, aby bylo lépe znatelné, kde je míra výskytu vyšší a kde je tomu naopak.

Podle mého názoru by zaměstnavatelé měli věnovat dostatečný čas na preventivní opatření vzniku syndromu vyhoření a to nejen z ekonomického hlediska, kde menší investice zajistí kvalitní a stabilní fungování celého týmu, ale i z hlediska toho, že nebýt právě těchto lidí, nebylo by ani vysokého managementu nemocnic a kdo ví, v jakém stavu by dnešní zdravotnictví bylo.

Nejlépe vystihují burnout slova J. Křivohlavého, která v sobě skrývají nejen podstatu, ale i nutnost myslet na prevenci:

***„Hořet, ale nevyhořet!“***



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Bartošíková, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
2. Bartošíková, I. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-288-4.
3. Bedrnová, E., a kol. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. 1.vyd.Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.
4. Cungi, Ch. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-465-6.
5. Frankl, V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 1997.
6. Harss, C., Maier, K. *Stres, cena úspěchu?*. Vimperk: Tina, 1994. ISBN 80-85618-15.
7. Haškovcová, H. *Syndrom vyhoření*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 1994, roč.4, č.3.
8. Hennig, C., Keller, G. *Antistresový program pro učitele*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-093-6
9. Honzák, R. *Burnout u personálu Psychiatrické léčebny Horní Beřkovice*. Psychosom, časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu, 2, 2009. Dostupné z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=279](http://www.psychosom.cz/?page_id=279)
10. Hošek, V. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-889-1
11. Janáčková, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN: 978-80-7387-179-6.
12. Jeklová, M., Reitmayerová, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1
13. Kallwass, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-299-5
14. Kebza, V. *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: ČZU PEF, 2011. ISBN 978-80-213-2210-3.

15. Kebza, V., a Šolcová, I. *Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. Československá psychologie. Praha: Academia, 1998. ISSN 0009-062X.
16. Kebza, V., a Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. 2.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
17. Kebza, V., Šolcová, I. *Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění*. Československá psychologie 54, 2010, 1, 1 – 16.
18. Kebza, V., Šolcová, I. *Burnout syndrome, hardiness, and social support in a sample of Czech health professionals*. XXVII. International Congress of Psychology, Stockholm, Sweden, 23. – 28. 7. 2000, abstract Nr. 20309.03.
19. Klevetová, D. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření*. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 21. č. 10. ISSN 1210-0404.
20. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80–7178–150–9.
21. Křivohlavý, J. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.
22. Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80–7169–551.
23. Křivohlavý, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80–7169–121–6.
24. Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
25. Křivohlavý, J. *Sestra a stres: příručka pro duševní hygienu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
26. Matoušek, O., a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80–7178–548–2
27. Mikšík, O. *Zjišťování interpersonálních tendencí, orientací a hodnot osobnosti dotazníkem SIPO*. Psychodiagnostika, Brno, 2004.
28. Praško, J., Prašková, H. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80–247–0068–9.
29. Praško, J., Kosová, J. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. 1.vyd. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-85875-46-2.
30. Potterová, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc, Votobia 1997.

31. Renaudová, J. *Co je stres a jak se mu vyhnout*. Praha: Práce, 1993. ISBN 80–208–0297-5.
32. Rush, M. D. *Syndrom vyhoření*. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.
33. Schmidbauer, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80–7367–369–7.
34. Schnack, G., Schnacková, K. *Antistresové rituály*. Praha: Eminent, 2006. ISBN 80–7281–229–7.
35. Stock, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
36. Vašina, L. *Vademecum Psychologie Clinicae*. Institut mezioborových studií, Brno, 2011.
37. Venglářová, M., a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, lobbying, boxing*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
38. Vollmerová, H. *Pryč s únavou*. Praha: MOTTO, 1998.
39. Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách vzdělávání a získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

### Internetové zdroje

1. Černá, R., Kožíková, Z. *Syndrom vyhoření (burnout syndrom) u zdravotních sester*. (online), [citováno dne 22. 3. 2010]. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/uro/2004/06/10.pdf>
2. Doubek, P. *Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře*. (online), [citováno dne 28. 3. 2010]. Dostupné z <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931>
3. Kučerová, V. *Syndrom vyhoření*. (online), [citováno dne 18. 3. 2010]. Dostupné z [http://www.pmfhk.cz/Prednasky/syndrom\\_vyhoreni.pdf](http://www.pmfhk.cz/Prednasky/syndrom_vyhoreni.pdf)

4. Peterková, M. *Syndrom vyhoření*. (online), [citováno dne 18. 3. 2010]. Dostupné z <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/>
5. Večeřová – Procházková, A., Honzák, R. *Stres, eustres a distres*. (online), [citováno dne 28. 2. 2010]. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

## SEZNAM TABULEK

- Tab. č. 1 – pohlaví respondentů
- Tab. č. 2 – věk respondentů
- Tab. č. 3 – rodinný stav respondentů
- Tab. č. 4 - děti
- Tab. č. 5 – bydliště respondentů
- Tab. č. 6 – délka praxe respondentů
- Tab. č. 7 – hodnocení práce respondentů
- Tab. č. 8 – výskyt nepříjemných pocitů
- Tab. č. 9 – pocity po návratu z práce
- Tab. č. 10 – vztahy na pracovišti
- Tab. č. 11 - finanční ohodnocení
- Tab. č. 12 – motivace ze strany zaměstnavatele
- Tab. č. 13 – přítomnost psychologa
- Tab. č. 14 – výskyt burnout v závislosti na věku
- Tab. č. 15 – výskyt burnout v závislosti na délce praxe
- Tab. č. 16 – výskyt burnout v závislosti na interpersonálních vztazích
- Tab. č. 17 –výskyt burnout v souvislosti s rodinným stavem
- Tab. č. 18 –výskyt burnout s psychologickou pomocí
- Tab. č. 19 – symptomatologie burnout v osobnostních složkách
- Tab. č. 20 - ověření navržených hypotéz

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 – pohlaví respondentů
- Graf č. 2 – věk respondentů
- Graf č. 3 – rodinný stav respondentů
- Graf č. 4 – děti
- Graf č. 5 – bydliště respondentů
- Graf č. 6 – délka praxe respondentů
- Graf č. 7 – hodnocení práce respondentů
- Graf č. 8 – výskyt nepříjemných pocitů
- Graf č. 9 – pocity po návratu z práce
- Graf č. 10 – vztahy na pracovišti
- Graf č. 11 – finanční ohodnocení
- Graf č. 12 – motivace ze strany zaměstnavatele
- Graf č. 13 – přítomnost psychologa
- Graf č. 14 – výskyt burnout v závislosti na věku
- Graf č. 15 – výskyt burnout v závislosti na délce praxe
- Graf č. 16 – výskyt burnout v závislosti na interpersonálních vztazích
- Graf č. 17 – výskyt burnout v souvislosti s rodinným stavem
- Graf č. 18 – výskyt burnout s psychologickou pomocí
- Graf č. 19 – symptomatologie burnout v osobnostních složkách

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I – Dotazník ke zjištění míry přítomnosti burnout u dotazovaných

## Příloha P I – Dotazník ke zjištění míry přítomnosti burnout u dotazovaných

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníků, které mi pomohou při zpracování Diplomové práce. Veškeré informace, které budou zapsány v tomto dotazníku, jsou zcela anonymní a vedou k vyhodnocení výzkumné části Diplomové práce. Chtěla bych Vás poprosit o pravdivé údaje, aby nedošlo ke zkreslení jednotlivých výsledků.

Velice Vám děkuji za ochotu a Vaše odpovědi.

---

Dotazovaný: žena  muž

Věk: 21 - 35 let

35 - 51 let

51 let a více

Rodinný stav: Svobodný/á

Vdaná/ženatý

Rozvedený/á

Vdovec/vdova

Mám děti: ano  ne

Bydliště: na vesnici  ve městě

Délka praxe: 3 měsíce – 5 let

5 – 10 let

10 – 20 let

20 let a více

### 1. Jak hodnotíte svoji práci?

Je pro mě zajímavá  Je pro mě jistotou (zaměstnanost)  je pro mě rutinou

### 2. Míváte nepříjemné pocity, když jedete do práce?

Ano  Někdy  Ne, nikdy

### 3. Jaké jsou Vaše pocity, když se vrátíte z práce?

Jsem unavený/á  Nemám negativní pocity  jsem nervózní, ve stresu

### 4. Jaké jsou vztahy na Vašem pracovišti?

Velmi dobré  Spolupracujeme, ale nepřátelíme se  Konfliktní



**5. Jste spokojeni s finančním ohodnocením Vaší práce?**

Dostatečně  Přiměřeně  Nedostatečně

**6. Jste kromě finanční odměny motivován i jiným způsobem?**

Ano, můj nadřízený mě často chválí  Ojediněle  Ne, nikdy

**7. Máte k dispozici psychologa, kdybyste potřebovali konzultaci?**

Ano  Ne  Nevím, nikdy jsem se o to nezajímal/a

**Nyní prosím zakroužkujte Vaši volbu:**

**0** – zřídka      **1** – občas ano    **2** – tak napůl    **3** – často ano    **4** – vždy

Jsem unavený/á, i když mám dostatek spánku.	0	1	2	3	4
Jsem nespokojen se svou prací.	0	1	2	3	4
Cítím se smutný/á bez jasného důvodu.	0	1	2	3	4
Jsem zapomětlivý/á.	0	1	2	3	4
Snadno se rozčiluji a utruhuji se na lidi.	0	1	2	3	4
Vyhýbám se lidem v práci i v soukromí.	0	1	2	3	4
Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci.	0	1	2	3	4
Jsem více nemocný/á než dříve.	0	1	2	3	4
Dostávám se do konfliktů.	0	1	2	3	4
Moje výkony v práci nejsou nejlepší.	0	1	2	3	4
Piji alkohol a beru léky, abych se cítil/a lépe.	0	1	2	3	4
Hovořit s lidmi mě vyčerpává.	0	1	2	3	4
Nemohu se soustředit na práci jako dříve.	0	1	2	3	4
Práce mě nudí.	0	1	2	3	4
Pilně pracuji, ale nemám úspěch.	0	1	2	3	4
Cítím se znechucen/a ze své práce.	0	1	2	3	4
Nerad/a chodím do práce.	0	1	2	3	4
Společenská zábava mě unavuje.	0	1	2	3	4
Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí.	0	1	2	3	4
Většinou se ve svém volném čase koukám na televizi.	0	1	2	3	4

Není toho moc, na co se ve své práci mohu těšit.	0	1	2	3	4
Práce mi dělá starosti i v době volna.	0	1	2	3	4
Moje pracovní pocity zasahují i do soukromého života.	0	1	2	3	4
Práce se mi zdá bezúčelná.	0	1	2	3	4
Obtížně se soustřeďuji.	0	1	2	3	4
Pochybuji o svých profesních schopnostech.	0	1	2	3	4
V zaměstnání se omezují jen na nejnutnější práce.	0	1	2	3	4
Trpím bolestmi hlavy, mám problém s dýcháním, trávením.	0	1	2	3	4
Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání.	0	1	2	3	4
Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s kolegy.	0	1	2	3	4
Přemýšlím o odchodu ze zaměstnání.	0	1	2	3	4